

Los hemoderivados y los cristianos testigos de Jehová

Una aproximación desde la bioética

Informe Comité de Bioética Asistencial Departamento
Valencia-Hospital General

Mayo 2018

Índice

1) INTRODUCCIÓN	3
2) LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ Y EL EMPLEO DE HEMODERIVADOS	4
3) ASPECTOS CLÍNICOS	6
4) ASPECTOS ÉTICOS	9
5) ASPECTOS DEONTOLÓGICOS	11
6) ASPECTOS LEGALES	13
7) RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN	16
Actuación general.....	16
Posibles conflictos	18
Actuaciones en situaciones concretas	19
Paciente adulto competente.....	19
Paciente adulto no competente o incapaz.....	20
Paciente menor de edad.....	21
8) BIBLIOGRAFÍA.....	22
ANEXOS	25

1) INTRODUCCIÓN

El empleo de hemoderivados, terapéutica de disponibilidad limitada, es una práctica habitual en nuestros hospitales y efectiva en determinadas patologías y situaciones clínicas. No está exenta de riesgos, aunque con el desarrollo del conocimiento, la incidencia de complicaciones ha disminuido notablemente, debido, sobre todo, a las normas de seguridad en la gestión de los bancos de sangre. La decisión de la utilización de hemoderivados viene determinada por la situación clínica, la relación entre beneficios y riesgos, la existencia de tratamientos alternativos y los medios disponibles en cada institución. En cualquier caso, la decisión debe apoyarse en documentos de consenso y protocolos de especialistas basados en la investigación y en la experiencia.

Las instituciones sanitarias públicas y los profesionales que en ellas trabajan, tienen la obligación de velar por la vida y la salud de los pacientes, respetando a la vez sus creencias y su libertad religiosa e ideológica. Todo ello, además, ha de desarrollarse en un entorno en evolución, donde la nueva relación entre médico y paciente hace partícipe a este último en las decisiones que afectan a su salud, debiendo contemplar simultáneamente la efectividad y eficiencia de los recursos utilizados.

En el entorno de la nueva relación clínica, nos podemos encontrar ante el hecho de que un paciente rechace como tratamiento la administración de hemoderivados, en base a motivos religiosos y de creencias, como es el caso de los Testigos de Jehová. Aunque no es un problema excesivamente frecuente, ha provocado abundante literatura especializada y un intenso debate social y mediático en la prensa general. Se plantea un triple problema: ético (conflicto de valores entre la preservación de la salud y la vida del paciente y el respeto a la decisión adoptada de acuerdo con sus creencias religiosas), clínico (utilización de criterios restrictivos en el uso de los hemoderivados) y legal (temor a posibles acciones contra el profesional, como consecuencia de respetar o no los deseos del paciente).

Todo paciente tiene derecho a rechazar un tratamiento o a revocar un consentimiento dado para la realización de cualquier intervención o tratamiento, tal como se contempla en la legislación actual, tanto a nivel nacional como autonómico.

Además, deberemos tener en cuenta que nuestra sociedad se basa, entre otros fundamentos, en el respeto a los derechos a la vida y a la dignidad de la persona, a la libertad de conciencia y de las ideas religiosas. Y, así mismo, el ideario del profesional sanitario va a condicionar igualmente la visión y la valoración de los diferentes derechos. La colisión entre los diferentes derechos y su valoración por parte del profesional, pueden ser también generadores de conflicto.

El pluralismo ideológico y religioso es una característica de la sociedad en que vivimos. El respeto y la tolerancia constituyen puntales básicos de nuestra convivencia. Los avances científicos y los

cambios sociales generan nuevos problemas que dificultan las relaciones humanas y sanitarias. Para allanar las diferencias que surgen en estas nuevas relaciones, vemos la necesidad de adquirir habilidades en el terreno de la información y de la comunicación, y de protocolizar aquellas situaciones especialmente conflictivas.

En el año 2008, se produjo una aceptación a trámite de una queja al Sindic de Greuges de la Comunitat Valenciana, de los Testigos de Jehová y la firma de los consentimientos informados en los que se incluye la autorización de una posible transfusión si el médico lo considerara necesaria. Lo que puede considerarse como un ejemplo de los problemas que se pueden generar.

2) LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ Y EL EMPLEO DE HEMODERIVADOS

El rechazo frontal a la utilización de sangre por parte de algunos ciudadanos, fundamentalmente Testigos de Jehová, es conocido en el entorno sanitario y a dado lugar a controversias, como ocurre siempre que se contraponen dos principios básicos. Por un lado, el derecho a la vida y, por el otro, el de la libertad y la autonomía del sujeto, lo que ha originado que, en algunas ocasiones, se lleguen a conclusiones contradictorias.

Los cristianos Testigos 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 .

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 muchas congregaciones, que se extendieron por los estados vecinos.

En 1881 se creó la entidad Zion's Watch Tower Tract Society, la sociedad que agrupa a todas estas congregaciones, que se constituyó legalmente en 1884 con Russell como primer presidente, que murió en 1916. A partir de entonces, se produjeron muchos cambios. Sus publicaciones se traducen a más de 80 idiomas con una tirada de más de veinte millones de ejemplares, dándose mucha importancia a la predicación de casa en casa. Para distinguirse del resto de las religiones de la cristiandad, en 1931 adoptaron el nombre de "Testigos de Jehová".

En España, la Sociedad de los Cristianos Testigos de Jehová es una confesión religiosa, 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 ella en nuestro país.

Los Testigos de Jehová basan sus prácticas religiosas en una interpretación particular y concreta 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).

La prohibición de recibir transfusiones o hemoderivados, se produce en el año 1945, bajo la presidencia de Nathan Homer Knorr (electo el 13 de enero de 1942). Su origen se basa en la interpretación estricta de varios pasajes de la biblia, tanto del antiguo como del nuevo testamento, en los que se equipara la prohibición de “comer sangre” (“introducir sangre al cuerpo por boca o por las venas viola las leyes divinas”), con la transfusión:

- Génesis 9:1-4. “Bendijo Dios a Noé y a sus hijos, y les dijo: Fructificad y multiplicaos, y llenad la tierra. El temor y el miedo de vosotros estarán sobre todo animal de la tierra, y sobre toda ave de los cielos, en todo lo que se mueva sobre la tierra, y en todos los peces del mar; en vuestra mano son entregados. Todo lo que se mueve y vive, os será para mantenimiento: así como las legumbres y plantas verdes, os lo he dado todo. Pero carne con su vida, que es su sangre, no comeréis.”.
- Levítico 3:17. “[...] que ninguna grosura ni ninguna sangre comeréis” .
- Levítico 17:10-12. “Si cualquier varón de la casa de Israel, o de los extranjeros que moran entre ellos, comiere alguna sangre, [...] lo excluiré de su pueblo. Porque la vida de la carne en la sangre está [...]. Por tanto, [...] ninguna persona de vosotros comerá sangre, [...]” .
- Deuteronomio 12:23. “Solo cuídate de no comer la sangre, porque la sangre es la vida; no comerás la vida junto con la carne “.
- Hechos de los Apóstoles 15:19-20. “Por lo cual yo juzgo que no se inquiete a los gentiles que se convierten a Dios, sino que se abstengan de lo que ha sido contaminado por los ídolos, de la inmoralidad sexual, de la carne de los animales estrangulados y de la sangre.”

De estos textos bíblicos se desprende, de una forma inequívoca, la equiparación de los antiguos escritos judíos entre sangre y vida, y por tanto, tiene como consecuencia, la prohibición de recibir transfusiones de sangre.

Esta prohibición se ha mantenido hasta la actualidad, en cambio, si que se permite la utilización por separado , siempre dependiendo de la conciencia individual, de muchos componentes de la sangre, de tal manera que la posición actual de los testigos de Jehová incluye el rechazo incondicional a la transfusión de sangre completa, concentrado de hematíes, leucocitos, plaquetas y plasma; sin embargo, pueden recibir albúmina, inmunoglobulinas y factores de coagulación VIII y IX para hemofílicos (llamados factores menores). Además, se les permite comer carne (aunque nunca se pueda conseguir la exanguinación total) y se acepta la recuperación intraoperatoria de sangre para reinfundir siempre que se realice en un circuito cerrado y conectado al sistema circulatorio del sujeto, de forma que la sangre no quede almacenada (cell saving). No se aceptan ni la recuperación postoperatoria de sangre (recogida a partir de sistemas de drenaje) ni los procedimientos de autotransfusión preoperatoria (extracción previa de su propia sangre para reinfundirla en caso de necesidad durante o después de la intervención quirúrgica).

En los últimos años han aparecido, dentro del colectivo de creyentes, voces lideradas por Raymond Franz que piden la revocación de estas prohibiciones. Este hecho adquiere gran trascendencia si se consideran las estrictas normas de los testigos de Jehová, en las que cualquier discrepancia se considera como una afrenta a la “verdad” que dictan los dirigentes. De hecho, en Brooklyn, en junio

de 2000, 12 altos miembros directivos de los Testigos de Jehová acordaron que “recibir sangre en caso de riesgo vital ha dejado de ser motivo de excomunión “. Sin embargo, la versión en castellano de “La Atalaya “, fechada el 15 de junio de 2000, sostiene que “La ley de Dios sobre la sangre no está sujeta a reformas, para adecuarlas a opiniones cambiantes “.

A pesar de todo, en el colectivo de los Testigos de Jehová se ha iniciado un cambio y, prueba de este cambio es el artículo de Lee Elder (seudónimo de un miembro de los Testigos de Jehová), publicado en una revista internacional de ética, en el que el autor se desmarca de la idea de que la abstención de sangre sea mandato bíblico y la considera como una interpretación que no justifica la posible pérdida de vidas humanas; por esto, algunos miembros de este colectivo han empezado a no aceptar estas prohibiciones.

En resumen desde el 2004 se deja libertad a cada creyente para aceptar o no los tratamientos con fracciones de cualquiera de los componentes sanguíneos primarios, quedando en términos generales, de la siguiente manera:

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, interleuquinas, hemoglobina, sustitutos sanguíneos con hemoglobinas, derivados plaquetarios.
GENERALMENTE ACEPTADO	Cristaloides, coloides, hierro, fármacos, by pass cardiopulmonar sin cebado de sangre, recuperados de sangre, eritropoyetina, sustitutos sanguíneos sintéticos.

El recurso a la objeción de conciencia por parte del profesional sanitario es siempre un recurso personal, derivado de la libertad ideológica, pero no es extensible a las instituciones. Por otra parte, la judicialización del problema no es deseable. Sólo el análisis desde un punto de vista médico, ético y legal puede proporcionar una guía de actuación en el abordaje de estas situaciones clínicas.

3) ASPECTOS CLÍNICOS

La sangre es un tejido y como tal, su uso debe restringirse a las situaciones en las que la indicación esté bien establecida y avalada por la evidencia. Además, la sangre y sus derivados son recursos terapéuticos que escasean. En nuestro país se obtienen por donación de modo altruista y no remunerada.

La disminución de las reservas de sangre es un fenómeno generalizado, como resultado de la diferencia entre la donación y el número de transfusiones realizadas. Este desajuste obedece a diversas causas: aumento de la población susceptible de recibirlas, con cirugía más intervencionista

y descenso de población teóricamente donante (por una mayor exigencia de los criterios para ser donante, cambios en los estilos de vida y en la escala de valores de la sociedad, o informaciones erróneas sobre los riesgos de la donación).

La administración de sangre y hemoderivados es una práctica habitual en los hospitales que ha demostrado ser muy eficaz y ha salvado a numerosas personas en todo el mundo. A pesar de ello, su utilización ha revelado la existencia de riesgos que deben ser tenidos en cuenta. Entre ellos destacan por su importancia y gravedad, la transmisión de enfermedades infecciosas (especialmente hepatitis C y SIDA), problemas inmunológicos y errores en su administración (reacciones hemolíticas). Aunque las normas de seguridad implantadas en los Bancos de Sangre han disminuido su incidencia a lo largo de los años, los riesgos todavía persisten.

La decisión de transfundir depende del juicio clínico, lo que requiere sopesar los posibles beneficios y los riesgos conocidos, y los posibles tratamientos alternativos

Por otra parte, los riesgos asociados a la transfusión han sido el principal argumento esgrimido para reducir la utilización de sangre homóloga. Actualmente el riesgo de enfermedades víricas debe ser estimado por cálculo matemático, ya que no puede medirse directamente debido a su escasa frecuencia. Entre el 1 y el 5% de los tratamientos van a presentar reacciones transfusionales no hemolíticas como fiebre, escalofríos o urticaria. En ocasiones pueden tener un efecto inmunodepresor en el receptor, con los consiguientes efectos secundarios.

En consecuencia, se hace necesario concretar, para conocimiento de todos, en qué circunstancias son evitables las transfusiones y en cuáles no, teniendo en cuenta los medios personales y materiales con los que cuenta la institución.

En este sentido, es muy interesante, la existencia de protocolos y normativas de administración de sangre y de sus derivados, elaborados mediante consenso de especialistas, basados en la investigación y en la experiencia médica mundial, lo que origina un claro beneficio para los pacientes, por lo que son considerados básicos en la buena práctica actual.

Para la prescripción de hemoderivados, es importante la distinción entre una emergencia y una situación urgente, ya que en esta última puede facilitar el tener un periodo de tiempo que permita entablar una relación con el enfermo que facilite la realización de un proceso de consentimiento informado adecuado.

Por ello parece lógico instaurar prácticas que lleven a un empleo más racional de los hemoderivados, y como consecuencia, una menor utilización, acompañadas de una búsqueda de alternativas a la transfusión de sangre homóloga.

Además, debe tenerse en cuenta que el empleo de hemoderivados es un tratamiento transitorio que debe ser personalizado, empleando el producto más adecuado y en las dosis correctas para conseguir el objetivo perseguido. No han llegado a establecer documentos definitivos de consenso en relación a las cifras de hemoglobina y hematocrito mínimas, por debajo de las cuales existe un riesgo sustancial de morbimortalidad.

En las series publicadas por la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) sobre pacientes Testigos de Jehová, sometidos a cirugía sin sangre, la morbimortalidad debida a anemia se

situaba en la inmensa mayoría de los casos en niveles de hemoglobina por debajo de 5 gr/dl; sin embargo, en sus conclusiones se señalaba que no se disponía de datos suficientes que permitieran extraer conclusiones respecto a esa cifra. En muchos hospitales existe un manual de manejo de hemoderivados elaborado por la Comisión de Transfusión correspondiente, que señala de forma actualizada los aspectos prácticos relacionados con su manejo en función de cada situación clínica.

La autotransfusión con predepósito evita el riesgo de transmisión de infección, pero no el de hemólisis aguda (por error de identificación). Es más cara que la transfusión homóloga, exige una meticulosa programación quirúrgica para evitar caducidades indeseadas y puede suponer un aumento de riesgo en pacientes ancianos o con patología cardiovascular.

El empleo de eritropoyetina (EPO) en la insuficiencia renal crónica y como coadyuvante a la autotransfusión disminuye las necesidades transfusionales, aunque a un coste elevado. Su empleo fuera de los contextos en los que está indicada puede suponer un problema médico-legal. La aprotinina es útil en cirugía cardiovascular. La desmopresina (DDAVP) solo es eficaz en pacientes con un elevado riesgo hemorrágico.

No hay que olvidar el futuro esperanzador, todavía hoy en fase experimental, de los transportadores de oxígeno (por síntesis química o por modificación de la hemoglobina), que constituyen lo que se denomina "sangre artificial". Los perfluorocarbonos, para su eficacia en el transporte de oxígeno, precisan FiO₂ de 95% y no están exentos de importantes efectos secundarios.

Siguen estando vigentes las recomendaciones generales de Mann et al. (1992) para el tratamiento de pacientes Testigos de Jehová con anemia severa:

- minimizar las pérdidas de sangre.
 - reducir pérdidas sanguíneas de origen iatrogénico (analíticas repetidas).
 - reducir las pérdidas hemorrágicas: hemodilución, sistema de lavado de hematíes, empleo de fármacos como desmopresina, o el uso de hipotensión controlada.
- maximizar la producción de sangre:
 - empleo de EPO, apoyo nutritivo, aporte de hierro.
- optimizar el gasto cardiaco:
 - expansión de la volemia, hemodilución.
- optimizar el consumo metabólico:
 - aumentar el contenido de oxígeno.
 - disminuir el metabolismo: sedación, parálisis, hipotermia.

4) ASPECTOS ÉTICOS

La ética sanitaria más tradicional, que imperaba desde la época hipocrática se, basaba en la consideración de que existían unos valores inmutables sobre salud, enfermedad y curación, constituyendo unos objetivos exigibles por igual a todas las personas. No respetar estos valores era propio de enfermos o de ignorantes.

En esta época, prevalecía la idea de que el enfermo manifestaba una alteración biológica pero también moral y, por tanto, se le consideraba incapacitado física y moralmente, para la toma de decisiones. La función ética del profesional sanitario era atender al enfermo, aún en contra de su voluntad, de acuerdo con los preceptos y los principios del Código, y siempre teniendo presente el beneficio del enfermo. Es la actitud denominada paternalista.

En esta situación, no exenta de conflictos, se llega al cambio cultural que comienza a surgir en la edad moderna con la ilustración y en el que se desarrolla el pluralismo, que se considera que toda persona tiene su propia conciencia que será recogida como un derecho humano fundamental.

En España hasta los años setenta del siglo XX, el naturalismo de la ética civil preconstitucional daba un máximo valor al respeto a la vida, subordinando a ésta la libre elección del individuo. La Constitución Española, inspirada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reconoce ambos derechos, pero sin que exista preeminencia de uno sobre el otro, pero ello no significa que sea un valor absoluto. En la escala de valores de una persona su vida puede estar situada por debajo de otros valores, por ejemplo los de tipo religioso.

En la actividad clínica, los hechos biológicos, también son portadores de valores. No basta con reconocer los hechos, por ejemplo una pérdida sanguínea importante, y plantear soluciones, como la transfusión, sino que también es necesario reconocer los valores implicados y saber manejar los posibles conflictos entre valores.

En la búsqueda de encontrar un equilibrio entre los valores individuales, basados en la libertad de conciencia, y los valores de los profesionales, basados en sus códigos de conducta, se ha desarrollado, en la segunda mitad del siglo XX, la bioética. Con la finalidad de establecer criterios objetivos sobre los que establecer acuerdos y basar las actuaciones.

Los principios que rigen estos criterios, son reglas o normas de conducta que van a orientar las acciones que se desarrollen en su ámbito de aplicación. Ayudan a orientar al profesional cuando se encuentra en una situación en la que se pueden enfrentar derechos y deberes, como son el derecho del paciente a aceptar o rechazar un tratamiento médico y el deber del profesional de realizar el tratamiento necesario para intentar salvar su vida, siendo este último de acuerdo con la tradición hipocrática su deber principal. A lo largo de la segunda mitad del siglo pasado, se han ido elaborando documentos de referencia, a nivel internacional, contemplando áreas concretas como es el caso del informe Belmont para la investigación en humanos.

Entre los principios, ha ido adquiriendo un protagonismo progresivo el **principio de autonomía**, que promueve el trato de las personas como agentes autónomos, es decir, individuos que tienen capacidad de deliberar sobre sus fines personales y actuar en consecuencia. Es el fundamento ético

del derecho del paciente a decidir e incluye el concepto de que las personas con autonomía limitada tienen derecho a ser protegidas. Esto significa dar valor a las acciones y consideraciones de las personas y no poner obstáculos a la realización de las mismas.

El **proceso del Consentimiento Informado** es la expresión práctica del principio de autonomía. Por ello, para que una decisión sea válida, precisa de un paciente suficientemente informado sobre las consecuencias de la misma y sobre las alternativas que pudieran existir. La decisión del paciente será autónoma si cumple tres requisitos:

- a) que vaya precedida de una información objetiva de la situación médica, del procedimiento propuesto, de las alternativas si las hubiera y de las consecuencias que pudieran derivarse de la decisión adoptada.
- b) que sea una decisión tomada voluntaria y libremente, en ausencia de todo tipo de coacción física o psíquica y de manipulación.
- c) que el paciente tenga capacidad y competencia para tomar la decisión.

El **principio de beneficencia** contempla el deber del médico de actuar siempre en beneficio del paciente, y ofrecer una alternativa terapéutica que sea percibida como beneficiosa para el mismo. El principio de autonomía va a matizar al de beneficencia, haciendo de lo bueno, o beneficioso para el paciente, algo subjetivo y entroncado con los valores de cada uno y no algo objetivo y externo a la persona. Por ello, el paciente decide una alternativa terapéutica que considera buena para él, pero que puede no coincidir con la opinión de su médico o de la comunidad científica. Como sería el caso del rechazo al uso de hemoderivados.

El **principio de no-maleficencia** se basa en la obligación del médico de no hacer daño (*primum non nocere*), ni físico ni moral. Cuando se impone un tratamiento, aunque sea con el objetivo de salvar una vida, se puede estar infligiendo un daño moral irreparable. Los daños morales, como el menosprecio a la dignidad, son difíciles de valorar objetivamente, ya que dependen de convicciones y creencias personales. En ocasiones, respetar el rechazo de un tratamiento por parte de un paciente, puede parecer contrario a este principio.

El **principio de justicia** se refiere al trato justo que hay que dispensar a los pacientes, evitando las discriminaciones por motivos ideológicos, religiosos, género, etc. Además la actuación profesional debe orientarse de acuerdo con las circunstancias clínicas y teniendo en cuenta los valores del paciente, evitando actuar bajo la influencia de prejuicios que puedan causar un trato injusto.

Como se veí, se han definido cuatro principios o criterios éticos que son aplicables al ámbito sanitario: No-maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia y respecto de los que se pueden establecer, según Diego Gracia, dos niveles de prioridades:

El **nivel público (nivel 1)** está constituido por los principios de **no-maleficencia y justicia**, propios de una “ética de mínimos” y es exigible coercitivamente. Es la ética del deber y de lo correcto y se corresponde con el Derecho. Son los mínimos exigibles para una convivencia pacífica, para que así se pueda respetar a los seres humanos, que son seres con deberes y derechos.

El **nivel privado (nivel 2)** lo componen los principios de **autonomía y beneficencia**, propios de una “ética de máximos”. Depende del propio sistema de valores de cada individuo, del propio ideal de perfección y felicidad. Es la ética de la felicidad y de lo bueno.

Tanto la no maleficencia como la justicia, son expresiones del principio general: “todos los seres humanos deben de ser tratados con igual consideración y respeto”. Por ese motivo, cuando esto no se cumple y se hace daño a la vida social, se comete una injusticia. Asimismo, si el daño se realiza en la vida biológica, se vulnera el principio de no-maleficencia. Por su parte, entre la no maleficencia y la beneficencia también hay una relación jerárquica, pues nuestro deber de no hacer daño, o sea, no perjudicar, es superior al de realizar el bien, esto es, el favorecer a la otra persona. Se nos puede exigir ser justos o no hacer el daño, pero no nos pueden obligar a que apliquemos el concepto de beneficencia. En consecuencia, los deberes públicos son jerárquicamente superiores y tienen prioridad sobre los privados, puesto que los públicos representan el bien común y los privados representan el bien particular de cada sujeto individual.

Los conflictos se valoran en función de estos principios éticos y se consideran reglas o normas de conducta que orientan las acciones de las personas, que en el caso de la medicina, ayudan a orientar al profesional cuando en una situación se enfrentan derechos y deberes. La decisión de un paciente de rechazar un tratamiento médico eficaz como es la administración de hemoderivados, aunque ponga en riesgo su vida, supone un conflicto entre dos valores fundamentales, que son la vida y la libertad.

El rechazo a recibir transfusiones de sangre, especialmente en casos de riesgo vital para el sujeto, es origen de la discordancia entre diferentes sensibilidades y, por tanto, de polémica, por cuanto puede presentarse como un conflicto entre los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, y el de autonomía del sujeto. Por una parte, es razonable considerar que beneficencia y no maleficencia son aplicables no solo a la esfera física, sino también a la moral, y que, por tanto, imponer un tratamiento que el sujeto rechaza puede ser un acto maleficente ya que atenta contra su libertad.

5) ASPECTOS DEONTOLÓGICOS

Los códigos de deontología son el resultado de la capacidad de autorregulación que el Estado reconoce a determinadas profesiones entre las que se hallan las profesiones sanitarias. A diferencia de los deberes públicos, de obligado cumplimiento para todos los miembros de la sociedad, las normas deontológicas son un conjunto de deberes privados que responden al compromiso social de ejercer con excelencia las funciones que le corresponden y únicamente obligan a los miembros pertenecientes al propio colegio profesional.

El Código de Deontología Médica de la Organización médica colegial (OMC) actual, aprobado en el año 2011, donde se recoge en su artículo 5.1 los deberes primordiales del médico, siendo estos: “*Respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad*”

A veces estos deberes del médico pueden colisionar con el derecho del paciente a decidir libremente, y que se encuentra recogido en el artículo 12.1 del mencionado código junto con el 12.2 que recoge el respeto que debe mostrar el médico frente al rechazo del paciente a una prueba diagnóstica o un tratamiento:

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.

12.2 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.

En el caso de que existiera un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas, el artículo 36 del código deontológico establece que, siempre que este documento no vaya en contra de la buena práctica médica, el médico estará obligado a atender las peticiones del paciente.

36.4 El médico está obligado a atender las peticiones del paciente reflejadas en el documento de voluntades anticipadas, a no ser que vayan contra la buena práctica médica.

El código actual refleja, como la legislación, el amplio consenso social en torno al respeto de la autonomía del paciente, lo que en la práctica supone que no se puede llevar a cabo una intervención sin su consentimiento.

Otro supuesto serían aquellas situaciones en las que el paciente no está en condiciones de comprender la información dada por el médico y decidir conforme a dicha comprensión. Esto ocurre en el caso de personas incapaces o bien de aquellas que no tienen el suficiente grado de madurez para tomar decisiones como pueden ser los menores de 16 años. En estas circunstancias, el Código de Deontología establece en sus artículos 13 y 14 que corresponderá tomar la decisión al representante legal o a los padres. Si el médico considerara que la opción elegida es contraria a los intereses del representado, podrá solicitar la intervención judicial.

13.1 Cuando el médico trate a pacientes incapacitados legalmente o que no estén en condiciones de comprender la información, decidir o dar un consentimiento válido, deberá informar a su representante legal o a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho.

13.2 El médico deberá ser especialmente cuidadoso para que estos pacientes participen en el proceso asistencial en la medida que su capacidad se lo permita.

13.3 El médico tomará las decisiones que considere adecuadas cuando se dé una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento.

13.4 El médico debe fomentar y promover la atención integral a los problemas de salud mental evitando estigmatizar al paciente psiquiátrico y la institucionalización permanente como medida terapéutica.

14.1 El mayor de 16 años se considera capacitado para tomar decisiones sobre actuaciones asistenciales ordinarias.

14.2 La opinión del menor de 16 años será más o menos determinante según su edad y grado de madurez; esta valoración supone para el médico una responsabilidad ética.

14.3 En los casos de actuaciones con grave riesgo para la salud del menor de 16 años, el médico tiene obligación de informar siempre a los padres y obtener su consentimiento. Entre 16 y 18 años los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta.

14.4 Cuando los representantes legales tomen una decisión que, a criterio del médico, sea contraria a los intereses del representado, el médico solicitará la intervención judicial.

El Código Deontológico del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos en su artículo 9, establece que *el/la Psicólogo/a respetará los criterios morales y religiosos de sus clientes, sin que ello impida su cuestionamiento cuando sea necesario en el curso de la intervención.*

6) ASPECTOS LEGALES

Junto con los principios éticos y el Código de Deontología, el ordenamiento jurídico español contempla un conjunto de normas legales que orientan y obligan al médico en aquellas situaciones en las que derechos fundamentales como el derecho a la vida o a la libertad ideológica o religiosa pueden verse afectados. En situaciones como es el caso del rechazo de tratamiento con hemoderivados, la autonomía del paciente puede anteponerse a un deber que es prioritario del médico: salvaguardar la vida de su paciente.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, reconoce como derechos humanos básicos el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona (art. 3), junto con la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art. 18). Se trata de un ideal común, un punto de referencia para que todos los países miembros de las Naciones Unidas incluyan la protección a estos derechos en su legislación de forma que se asegure el respeto universal y efectivo de los derechos y libertades fundamentales.

A nivel europeo, el Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano al respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina. (más conocido como Convenio de Oviedo), instrumento jurídico internacional con carácter vinculante para los países que lo suscribieron (en España desde el 1 de enero del año 2000), manifiesta extensamente la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, destacando el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad. En su artículo 5, se otorga la preponderancia del principio de autonomía sobre el de beneficencia, dando al individuo la máxima autoridad a la hora de tomar decisiones que

afecten a su salud personal. Ello se traduce en la exigencia del libre e inequívoco consentimiento de la persona para toda intervención médica o de investigación. Además, en el artículo 9, reconoce la importancia de los deseos expresado anteriormente, en lo relacionado con voluntades anticipadas o instrucciones previas.

La Constitución Española reconoce estos derechos fundamentales, garantizando tanto el derecho a la vida como a la integridad física y moral (art. 15), como el derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto (art. 16). Estos derechos fundamentales son reconocidos sin que exista jerarquía alguna entre ellos, sin anteponer el derecho a la vida frente al derecho a las propias convicciones.

La necesidad del consentimiento del paciente ante cualquier intervención y su derecho a poder rechazar cualquier tratamiento se introduce en la legislación española con la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986. Esta ley se inspira y fundamenta en el principio de respeto a las personas y reconoce el derecho a la información clínica mediante el consentimiento. Lo que significa transmitir al paciente la información adecuada para que pueda dar su consentimiento de forma libre y consciente, antes de llevar a cabo cualquier tratamiento o intervención quirúrgica.

La 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 desarrolla el concepto jurídico del consentimiento, reconociendo en su artículo 2.3 el derecho a la libertad de elección del paciente: «El paciente tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada entre las opciones clínicas disponibles». Más específicamente, el mismo artículo añade que “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”. Recientemente, y tras la publicación de la circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado, el artículo 9 de la mencionada ley, sobre los límites del consentimiento informado y el consentimiento por representación, ha cambiado drásticamente mediante una disposición final en la ley 26/2015 de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia

Por lo que, se modifican los apartados 3, 4 y 5 y se añaden los apartados 6 y 7 al artículo 9 de la 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. Estos apartados tal como ha quedado redactados, afectarían a las decisiones de todos los menores de 18 años, pero también a los enfermos en situación de especial vulnerabilidad como son aquellos que han perdido o están perdiendo su competencia (capacidad de hecho) debido a la evolución de la de la enfermedad.

Las personas entre 16 y 18 años pasan, con esta reforma, a ser todas consideradas incapaces en situaciones de enfermedad grave y por tanto necesitar un consentimiento por sustitución o representación como al resto de menores y de no competentes de todas las edades. Además, para las situaciones graves el representante o sustituto también puede tener dificultades para formalizar el consentimiento informado cuando no coincida con la propuesta del médico, ya que considera que la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente (Artículo 9.6).

El respeto por las convicciones religiosas e ideológicas que conlleva el rechazo de determinados tratamientos médicos, como la transfusión de sangre y hemoderivados, adquiere especial relevancia cuando entra en colisión con el derecho a la vida. En este sentido existe una evolución de la doctrina

jurisprudencial hacia la flexibilización y el respeto a la decisión capaz, libre, voluntaria y consciente de un paciente mayor de edad respecto de cualquier intervención médica corporal, como lo es una transfusión de sangre. En el mes de enero de 2011, de la Audiencia Provincial de Lleida (auto 28/11 de 25/01/2011), rechaza una sentencia del juzgado de instrucción número 1, en la que se había autorizado una transfusión a un testigo de Jehová, que previamente la había rechazado. En ella se señalaba que “aunque ha de resultar francamente difícil para los profesionales mantener una actitud pasiva que, a la postre, pueda desembocar en el fallecimiento del paciente que no acepta la transfusión [...] La decisión de la paciente de no prestar su consentimiento a la intervención médica debió respetarse”. Todo ello en línea con la promulgación de la Ley 41/2002 y la Ley General de Sanidad, que recoge que el adulto capaz puede oponer su objeción al tratamiento médico, debiéndose respetar su decisión, salvo que con ello ponga en peligro derechos o intereses ajenos, lesione la salud pública u otros bienes que exigen especial protección

La sentencia 154/2002 del 18 de julio del Tribunal Constitucional, supone un punto de inflexión a partir del cual se matiza esta prevalencia del derecho a la vida, hasta el punto de que **en algunos casos se hace primar la voluntad capaz, libre, voluntaria y consciente del paciente sobre el derecho a la propia vida.**, en ella se recoge el recurso de los padres (testigos de Jehová) de un niño de 15 años que fueron condenados en el año 1997 en la sala de lo penal del Tribunal Supremo por delito de homicidio por omisión. Los padres se opusieron a una transfusión necesaria para la vida de su hijo (niño que presentaba hemorragia por caída y experimentaba una leucemia que no se le había diagnosticado hasta entonces). Los médicos de Urgencias solicitaron autorización judicial para transfundir, autorización que les fue concedida aunque no se hizo debido a la oposición del niño, sin que los médicos apreciaran coacción de nadie.

Esta sentencia contenía también la siguiente reflexión:

“Lo que fundamentalmente interesa es subrayar el hecho en sí de la exclusión del tratamiento médico prescrito, con independencia de las razones que hubieran podido fundamentar tal decisión. Más allá de las razones religiosas que motivaban la oposición del menor, y sin perjuicio de su especial trascendencia (en cuanto asentadas en una libertad pública reconocida por la Constitución), cobra especial interés el hecho de que, al oponerse el menor a la injerencia ajena sobre su propio cuerpo, estaba ejercitando un derecho de autodeterminación que tiene por objeto el propio sustrato corporal -como distinto del derecho a la salud o a la vida- y que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física (art. 15 CE)”.

La sentencia del Tribunal Constitucional revoca la sentencia del Tribunal Supremo sobre la base de que:

- El único límite al derecho de libertad religiosa es la protección al derecho de los demás.
- La fuerte oposición del niño a recibir la transfusión no puede ser vinculante, pero tampoco debe ser ignorada.

- No se puede exigir a los padres que disuadan al menor de su decisión en contra de sus propias convicciones religiosas. Además, los padres hicieron todo lo que pudieron (excepto la transfusión) para intentar salvar la vida de su hijo.

7) RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN

La aparición de guías o protocolos de actuación clínica permite adecuar el comportamiento técnico a los casos en los que concurren circunstancias parecidas, lo que facilita la toma de decisiones, especialmente en las situaciones de conflicto que se generan, pero siempre teniendo en cuenta que **la decisión es siempre difícil, personal y única** para cada caso

Las indicaciones que en este documento se proponen son orientativas, y que puedan servir de guía en los posibles conflictos éticos cuando se producen ante un rechazo del empleo de hemoderivados, en base a religiosas en pacientes testigo de Jehová.

También, importante señalar, que las decisiones y consecuente actuación pueden estar mediatizadas por el carácter de emergencia o urgencia. Una situación de emergencia no admite un tratamiento diferido en el tiempo una vez diagnosticada, mientras que una situación de urgencia permite que el tratamiento pueda efectuarse durante las siguientes 24 horas desde el diagnóstico.

Actuación general

Los aspectos a contemplar son:

- Se debe mantener un diálogo constante con el paciente que ha rechazado el empleo de hemoderivados por razones religiosas, tratándole siempre con consideración y respeto, de acuerdo con su derecho a la libertad de conciencia, lo que implica la aceptación de un pluralismo ideológico amparado por la ley. Si bien, es conveniente explorar el conocimiento que el enfermo tiene acerca de los cambios doctrinales producidos en algunos grupos dentro de los testigos de Jehová sobre trasplante y vacunas, indicando que la transfusión es como un trasplante, y poniendo en evidencia que, en algunas ocasiones, no hay alternativa a la administración de hemoderivados si se quiere evitar la muerte o severas discapacidades. Es preciso promover la deliberación racional y crítica.
- Se debe proporcionar al paciente una información veraz y suficiente acerca de su enfermedad, las alternativas de tratamiento y sus consecuencias. La información sobre el empleo de hemoderivados y de técnicas coadyuvantes ha de ser precisa y basada en criterios técnicos, indicando las probables consecuencias de cada opción.
- El diálogo debe realizarse a solas con el paciente, para evitar cualquier influencia derivada de la presencia de algún familiar o miembro de la congregación. Es obligación

del médico responsable asegurarse de que el consentimiento o rechazo sea prestado de forma libre y voluntaria.

- En esa relación clínica fluida es preciso asegurar al paciente testigo de Jehová que se respetará siempre su decisión, cualquiera que ésta sea (ser o no ser transfundido). Siempre será una decisión personal, y se debe explicar que llegado el caso, si clínicamente se considerara la transfusión imprescindible para salvar su vida, se realizaría, si ese es su deseo, guardando estrictamente la confidencialidad, siguiendo circuitos de absoluto anonimato y en lugares de acceso restringido. El facultativo no podrá revelar información a familiares ni allegados si el paciente se lo ha prohibido.
- La indicación o no de un tratamiento con hemoderivados o de una transfusión se realizará en base a las directrices de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) que se contemplan en la 5ª edición de la Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos.
- Para rechazar la transfusión sanguínea cuando clínicamente se considera que es imprescindible y se trata de un tratamiento vital, es necesario poseer el mayor nivel de capacidad de decisión, por lo que la evaluación de ésta es absolutamente necesaria. Por ello, habrá que verificar el grado de competencia adecuado y la plena conciencia de la decisión que va a tomar, y que esta sea coherente con su vida y sus valores. La evaluación del grado de competencia del paciente corresponde al médico responsable
- En el contexto de una relación clínica completa, libre y respetuosa, una vez asegurado lo anterior, la opción válida será respetar la decisión del paciente, aunque ésta sea la de rechazar el empleo de hemoderivados, como muestra del respeto al derecho que tiene a decidir sobre su vida y su salud, aunque la elección suponga su pérdida.
- El paciente y el médico firmarán el Documento de Consentimiento Informado del procedimiento correspondiente y, además, la conselleria de sanitat ha elaborado un documento de “consentimiento informado específico para pacientes que rechazan la administración de sangre y hemoderivados” (ver anexos), que se adjunta al previamente mencionado. Siempre se dejará constancia en la Historia Clínica de las acciones, conversaciones y compromisos a que se llegue con el paciente.
- Se tienen que aplicar las recomendaciones generales para el tratamiento de pacientes Testigos de Jehová con anemia severa (Mann et al. 1992) (ver páginas 5-6 del presente informe)
- Por otro lado no se puede imponer a los profesionales que estén completamente conformes con la decisión del paciente. La obligación de respetar la decisión del paciente en función de sus creencias puede tener sus límites y, el médico puede ejercer la objeción de conciencia, pero debe informar al paciente de su derecho a cambiar de equipo médico o a ser remitido a otro centro. Este médico solo puede ejercer la objeción cuando existe una probabilidad razonable de tener que transfundir (así, no puede objetar

ante una intervención que habitualmente presenta un sangrado escaso). Sobre la objeción de conciencia, que tiene sus limitaciones, puede consultarse la guía titulada Ética de la objeción de conciencia (Altisent, R., et al. 2008). En ningún caso, esta objeción, supondrá un desamparo o abandono del paciente, ni se le obligará a pedir el alta voluntaria. Como siempre, todo deberá documentarse en la Historia Clínica.

- La institución facilitará el traslado a otra institución que realice estos tratamientos sin utilización de hemoderivados.
- La institución sanitaria promoverá la formación general de su personal en la búsqueda de tratamientos alternativos y estimular a sus profesionales quirúrgicos en la formación de técnicas que minimicen o eviten el empleo de sangre y hemoderivados. La formación de los profesionales no debe limitarse a los aspectos técnicos, sino que también se debe facilitar una formación en bioética.
- En aquellos casos en los que se prevé con antelación la necesidad de tratamientos con sangre o hemoderivados, necesidad que es rechazada por el paciente, se le informará y facilitará la libre elección, que será tramitada por la institución a través del SAIP.

Posibles conflictos

En la circular 1/2002 de la Fiscalía General del Estado, se plantearon unos conflictos en relación a las intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave para la vida.

De todo lo expuesto anteriormente, puede deducirse que en relación con las intervenciones médicas sobre menores de edad y en función de la voluntad expresada por ellos o sus representantes legales, pueden plantearse diferentes conflictos de intereses. La solución debe analizarse distinguiendo los siguientes supuestos:

El menor maduro se niega a una transfusión de sangre u otra intervención médica con grave riesgo para su vida o salud, en casos en los que los representantes legales son favorables a que se realice la misma.

En tal supuesto el médico, a la vista de la redacción del art. 9.3 y 9.4 de la ley 41/2002 de autonomía del paciente, podría, sin necesidad de acudir al Juez, llevar a cabo la intervención. No obstante, siempre que la situación no sea de urgencia, será aconsejable como más respetuoso con el principio de autonomía del menor, plantear el conflicto ante el Juez de Guardia (ver anexo), directamente o a través del Fiscal

El menor maduro rechaza la práctica de una transfusión u otra intervención con grave riesgo para su vida o salud, apoyando los representantes legales su decisión

En estos casos el médico debe plantear el conflicto ante el Juzgado de Guardia, directamente o a través del Fiscal, sin perjuicio de que si se produce una situación de emergencia pueda, sin autorización judicial, llevar a cabo la intervención amparado por la causa de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

El menor maduro presta su consentimiento a la intervención, siendo los representantes legales los que se oponen.

En este supuesto no existe un conflicto entre los deseos y opiniones del menor y sus derechos a la vida y la salud, por lo que debe tenerse en cuenta la capacidad de autodeterminación que la ley reconoce al menor maduro, pudiendo el médico aplicar el tratamiento sin necesidad de autorización judicial.

Los representantes legales del menor sin condiciones de madurez no consienten la intervención, generando la omisión de la misma riesgo grave para su vida o salud.

El médico no puede aceptar la voluntad de los representantes del menor, pues se encuentra en una posición de garante respecto de su paciente. Por ello habrá de plantear el conflicto ante el Juzgado de Guardia (ver anexo), bien directamente o a través del Fiscal, para obtener un pronunciamiento judicial.

No obstante, en situaciones urgentes puede el médico directamente aplicar el tratamiento frente a la voluntad de los padres, estando su conducta plenamente amparada por dos causas de justificación: cumplimiento de un deber y estado de necesidad justificante.

Actuaciones en situaciones concretas

En la actividad diaria de la práctica clínica, se pueden distinguir tres situaciones concretas de rechazo del empleo de hemoderivados, ante cada una de ellas, se pueden establecer, partiendo de la base de que cada caso es diferente, unas pautas de actuación orientativas como son: paciente adulto competente, paciente adulto no competente o incapaz y paciente menor de edad. En el caso de los adultos, sería de gran importancia la existencia de instrucciones previas, lo que facilitará en gran medida la toma de decisiones.

Paciente adulto competente

- En la mayoría de las intervenciones quirúrgicas, la probabilidad de tener que transfundir es mínima, por lo que el problema, razonablemente, no se presentará. En las intervenciones programadas en las que habitualmente no se hace reserva de sangre, se pactará con el paciente un compromiso de no uso de hemoderivados. Se aconseja formalizar el documento de consentimiento informado sin empleo de hemoderivados (ver anexos). Si surgieran necesidades de transfusión, deberá respetarse siempre la decisión acordada entre el médico y el paciente, no usando hemoderivados.

- En situaciones urgentes, se debe actuar también de acuerdo con la voluntad del paciente, según lo establecido como pauta general, respetando la decisión adoptada y firmando, si es posible, el documento de consentimiento informado. Hay que reconocer que la propia situación de urgencia limita en el tiempo y dificulta una valoración adecuada de la capacidad del paciente, que en ocasiones se torna imposible; en este caso sería de gran ayuda la existencia de un documento de instrucciones previas en relación con el rechazo al empleo de hemoderivados.

Paciente adulto no competente o incapaz

- La situación de no competencia o de incapacidad no supone una merma de los derechos como persona, excepto el de tomar algunas decisiones.
- Ante un paciente incompetente o incapaz, es obligación del médico comprobar la existencia y, en su caso, la validez de un Documento de Instrucciones Previas del paciente, que puede incluir el rechazo de hemoderivados. Para ello, el médico en primer lugar debe consultar el Registro de Instrucciones Previas, en segundo lugar la historia clínica y, por último preguntar, a las personas vinculadas al enfermo por razones familiares o de hecho, si existe algún documento de ese tipo. Si existe una decisión de rechazo de sangre y hemoderivados tomada con anterioridad, documentada y que se estima que cumple los requisitos de legalidad, se respetarán las instrucciones previas, informando de ello a los familiares.
- En casos de incapacidad legal se tiene que tener en cuenta la figura del representante legal, considerando que las decisiones de representación tomadas por él, no tienen la autoridad necesaria para bloquear un tratamiento que revierta una situación que implique un peligro vital. Es decir, si los representantes legales optan por el rechazo a la transfusión sin que exista ningún respaldo documental del propio paciente, se aconseja actuar en función de los criterios médicos, (lex artis), para el manejo de hemoderivados en el caso de urgencias vitales, transfundiendo si es necesario. Se recomienda también en esta situación emitir una comunicación al Juzgado (ver anexo), dejando siempre constancia de los hechos en la historia clínica.
- En casos de incompetencia o incapacidad de hecho, previamente establecida por el médico responsable, la decisión de sustitución corresponde a las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, teniendo en cuenta, como en el punto anterior, que si rechazan la transfusión y no hay documento previo, se debe actuar de acuerdo con los criterios médicos.

- Si la situación es una emergencia y no se conoce si existe una manifestación previa documentada sobre el rechazo a los hemoderivados, en el caso de un paciente incapaz en riesgo inmediato para su integridad física se procederá a transfundir según criterios médicos

Paciente menor de edad

- El grado de participación de los padres en la toma de decisiones deberá ser más bajo cuanto mayor sea la edad y el grado de madurez del paciente menor.
- En el caso de menores emancipados o con 16 años cumplidos, los pacientes sí pueden rechazar la transfusión y no cabe prestar el consentimiento por representación; sin embargo, dada la gravedad de la situación, resulta imprescindible efectuar una correcta evaluación de la capacidad del paciente y además los padres tienen que estar informados, debiendo escucharse su opinión. Se formalizará el Documento de consentimiento informado y se dejará constancia en la Historia Clínica.
- Al menor entre los 12 y los 16 años, como norma general se le concede la capacidad de opinar sobre lo que puede ser de su interés y la posibilidad de ser oído (e incluso antes de dicha edad, si tuviera suficiente madurez). En estos casos, dada la importancia que tiene la decisión de rechazar un tratamiento vital, se invierte la carga de la prueba y hay que probar positivamente que el menor es competente para rechazar la transfusión, considerando a priori su incapacidad para tomar esa decisión; si no se puede probar la competencia, entonces hay que transfundir.
- Ante pacientes de menos de 16 años, cuando sean los padres o tutores quienes rechacen el uso de hemoderivados por razones religiosas, al igual que si existe discrepancia entre los mismos padres o tutores, se debe transfundir, siempre que sea un tratamiento imprescindible y el único que permita salvar la vida del menor. Esto es válido para situaciones tanto urgentes como no urgentes, procediendo a comunicar el caso al Juzgado (ver anexo) y reflejándolo todo en la Historia Clínica.

8) BIBLIOGRAFÍA

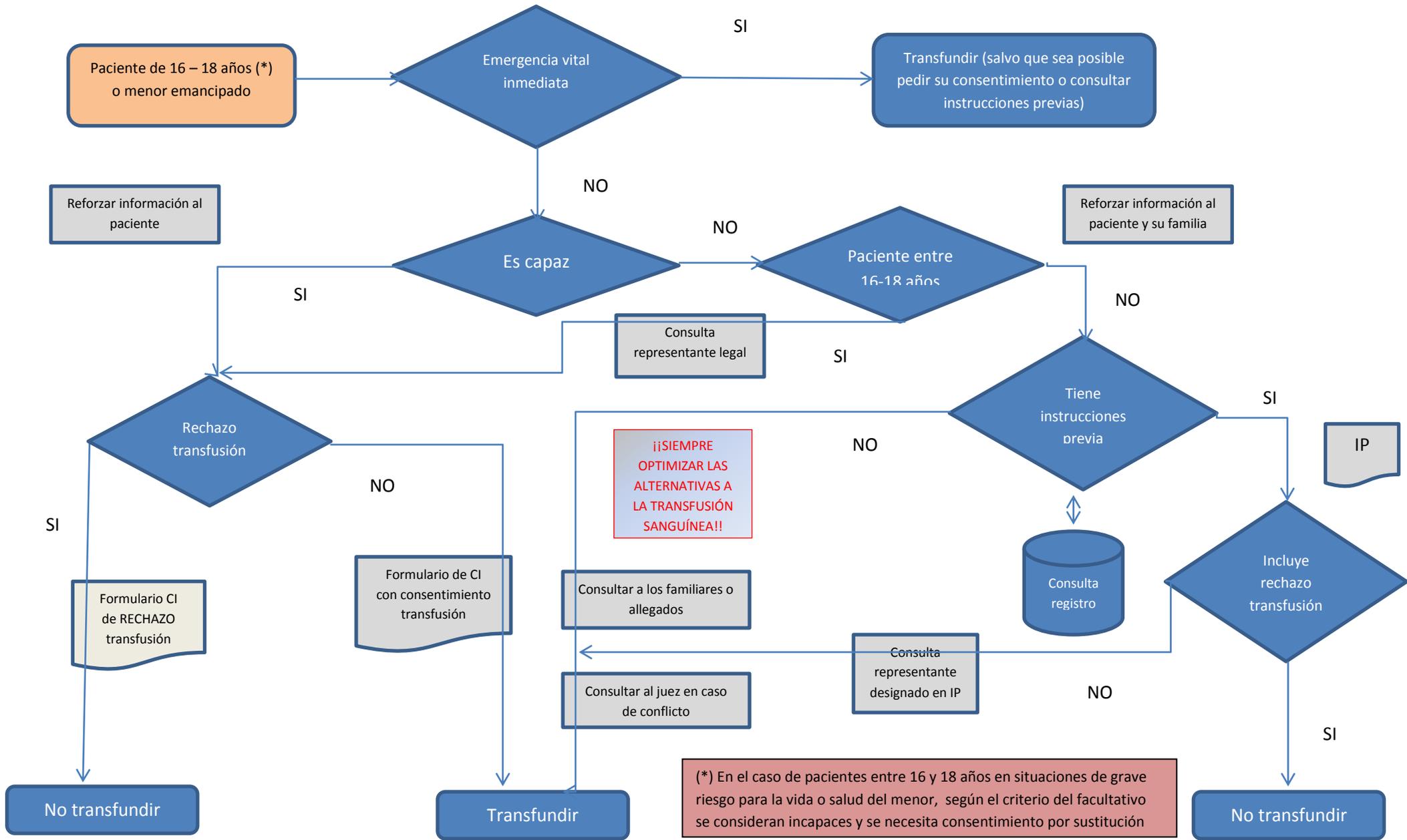
1. Gómez Martínez ME, Simón Lorda P. (editores). Recomendaciones para la elaboración de protocolos de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Enero 2011.
2. Pérez Ferrer A, Gredilla E, De Vicente J y cols. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006;53:31-41.
3. Monés J y Terés J. Consideraciones éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre. Med Clin (Barc). 2009; 132: 627-632
4. Protocolo de tratamiento en pacientes Testigos de Jehová. Comité de ética asistencial. San Sebastián. Mayo 1999. [Consultado 04-08-2017] Disponible en: <http://studylib.es/doc/4901471/protocolo-de-tratamiento-en-pacientes-testigos-de-jehov%C3%A1>
5. Comité de bioética de Cataluña. Recomendaciones del Comité de bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento. Abril 2010 [en línea 07-08-2017] Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/2010/cbcrechazotr.pdf>
6. Comisión de bioética de Castilla y León. Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en pacientes Testigos de Jehová. 2010
7. Grupo de opinión del Observatorio de bioética y derecho. Documento sobre el rechazo de transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová. Observatorio de bioética y derecho. Barcelona. 2005 [Consultado 15-05-2017] Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/es/documento-sobre-el-rechazo-las-transfusiones-de-sangre-por-parte-de-los-testigos-de-jehova>
8. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de ética Biomédica. Masson. Barcelona 2002
9. Normes d'actuació davant l'atenció de malalts que rebutgen la transfusió de sang. Hospital Universitari de Bellvitge. Maig 2009 [en línea 09-02-2017] Disponible en: http://www.bellvitgehospital.cat/info_corporativa/ebellvitge/transfusions.pdf
10. Recomanacions per a l'assistència a pacients que rebutgen la transfusió de sang i hemoderivats. Comitè d'Ètica Assistencial. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Octubre de 2010 [en línea 02-02-2017] [\[http://www.vhebron.net/documents/9904922/10715232/Assist%C3%A8ncia%20a%20pacients%20rebutgen%20transfusi%C3%B3%20-%20Recomanacions.pdf\]](http://www.vhebron.net/documents/9904922/10715232/Assist%C3%A8ncia%20a%20pacients%20rebutgen%20transfusi%C3%B3%20-%20Recomanacions.pdf)
11. Gracia D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Triacastela. 2007
12. Gracia D. Fundamentos de bioética. Triacastela. 2008
13. El rebuig de transfusió de sang i hemoderivats. Recomanacions de la Comissió de Deontologia. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Barcelona. Març 2012 [en línea 02-02-2017] [\[http://www.comb.cat/Upload/Documents/4398.pdf\]](http://www.comb.cat/Upload/Documents/4398.pdf)
14. Morlans M, Clos-Masó D, Gómez-Durán E, Arimany Manso J. El rechazo en las transfusiones y hemoderivados: criterios éticos, deontológicos y médico-legales. Rev Esp Med Legal 2015; 41: 19-26.
15. Declaración Universal de los derechos humanos de 10 de diciembre de 1948, adoptada y proclamada en la 183ª asamblea general de la ONU [Consultado 09-02-2017] Disponible en: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

16. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Publicada en «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002
17. Circular 1/2012, de 3 de octubre, de la Fiscalía General del Estado, sobre el tratamiento sustantivo y procesal de los conflictos ante transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas sobre menores de edad en caso de riesgo grave. [consultado 10-06-2017] Disponible en: https://www.fiscal.es/fiscal/PA_WebApp_SGNTJ_NFIS/descarga/CIRCULAR%201-2012.pdf?idFile=7b9a2a61-9fd8-4422-9f76-cabecec2961e
18. Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. Publicado en «BOE» núm. 180, de 29/07/2015.
19. Les decisions "per substitució" i la reforma de la llei 41/2002. Comité de bioética de Catalunya. [Consultado 09-02-2017] Disponible en: <http://comitebioetica.cat/les-decisiones-per-substitucio-i-la-reforma-de-la-llei-412002/>
20. Posicionament del Comitè de Bioètica de Catalunya sobre la circular 1/2012 de la Fiscalia sobre menors d'edat i decisions sanitàries de risc greu. Diciembre 2012 [consultado 07-08-2017]. Disponible en: <http://comitebioetica.cat/posicionament-del-comite-de-bioetica-de-catalunya-sobre-la-circular-12012-de-la-fiscalia-sobre-menors-dedat-i-decisiones-sanitaries-de-risc-greu/>
21. Comité de ética asistencial Sevilla sur. Protocolo de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados. [consultado 10-06-2017] Disponible en: http://si.easp.es/eticaysalud/sites/default/files/protocolo_rechazo_hemoderivados_definit_16-05-12.pdf
22. Protocolo de atención sanitaria a los pacientes que rechazan tratamientos con hemoderivados por motivos religiosos (Testigos de Jehová). Hospital Universitario Virgen de la Macarena y Área. 2010. [Consultado 07-08-2017] Disponible en: http://hospital-macarena.com.mialias.net/usr/home/hospital-macarena.com/web/images/file/profesionales/documentos_clinicos_interes/TestigosJehova/Protocolo_TJ_Dic_2010.pdf
23. Leal R. COORD. Documento "Sevilla" de consenso sobre alternativas a la transfusión de sangre alogénica. Med Clin (Barc) 2006; 127 (Suppl 1): 3-20
24. Altisent R, De Lorenzo R, Glez-Fandós R, García DE, Monzón JL, Rodríguez JJ, Sánchez M, Seoane JA, Suberviola V. Ética de la objeción de conciencia. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 2008 [Consultado 08-08-2017] Disponible en: http://www.fcs.es/publicaciones/etica_objecion_conciencia.html
25. Javier Sánchez-Caro J, Abellán-García Sánchez F. Manual de bioética y derecho sanitario para hematólogos. Derecho Asesores Sanitarios y SEHH. Madrid 2014. [Consultado 10-08-2017] Disponible en: http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2015/virtual/Manual_Bioetica_Derecho_Sanitario_para_hematologos.pdf
26. Arcea B, Rodríguez A, Molins N, Cambrón A. Evaluación de una guía de recomendaciones para testigos de Jehová tras su aplicación en la práctica quirúrgica. Med Clin (Barc.) 2005;124: 435-436
27. Documento de consenso entre la congregación de los Testigos de Jehová y el CBA (Comité de Bioética asistencial) del Hospital general de Castelló. Documento CBA 02/2007 (revisión 2014).

- [Consultado 14-08-2017]. Disponible en:
http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5663339/2014+cuadernillo+Testigos_v10.pdf
28. Audiencia Provincial de Lleida. Apelación número 440/2010, Auto num. 28/11 de 25/01/2011 [Consultado el 14-08-2017] Disponible en:
<http://www.poderjudicial.es/search/contenidos.action?action=contentpdf&databasematch=AN&reference=5945360&links=%22440%2F2010%22&optimize=20110505&publicinterface=true>
29. Sociedad española e transfusión sanguínea. Guía sobre la transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos. 5ª edición. 2015 [Consultado 16-08-2017] Disponible en:
http://www.prioridadcero.com/wp-content/uploads/2014/03/Guia_transfusion_quinta_edicion2015.pdf
30. Proyecto Optimal blood use. Manual de uso óptimo de la sangre. Instrucciones para el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre en Europa. 2010 [Consultado 16-08-2017] Disponible en:
<http://www.optimalblooduse.eu/sites/optimalblooduse.eu/files/EU%20Blood%20Manual%20Spanish.pdf>
31. Mann M, Votto J, Kambe J, McNamee J. Management of the severely anemic patient who refuses transfusión: lessons learned during the care of a Jehova's witness. Ann. Int. Med. 1992; 117: 1042-1048

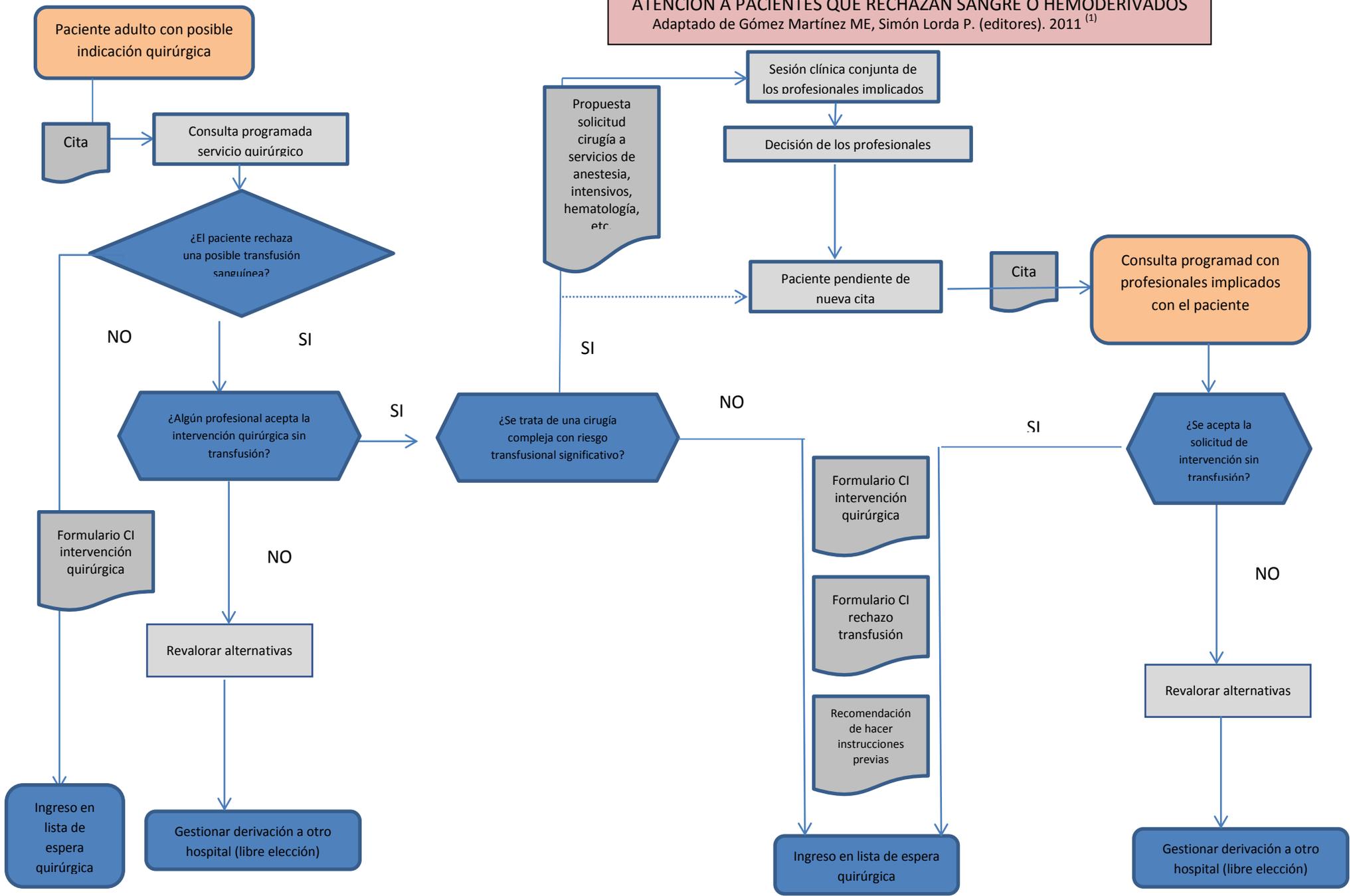
ANEXOS

ATENCIÓN A PACIENTES DE 16 A 18 AÑOS Y MENORES EMANCIPADOS
 Adaptado de Gómez Martínez ME, Simón Lorda P. (editores). 2011 ⁽¹⁾

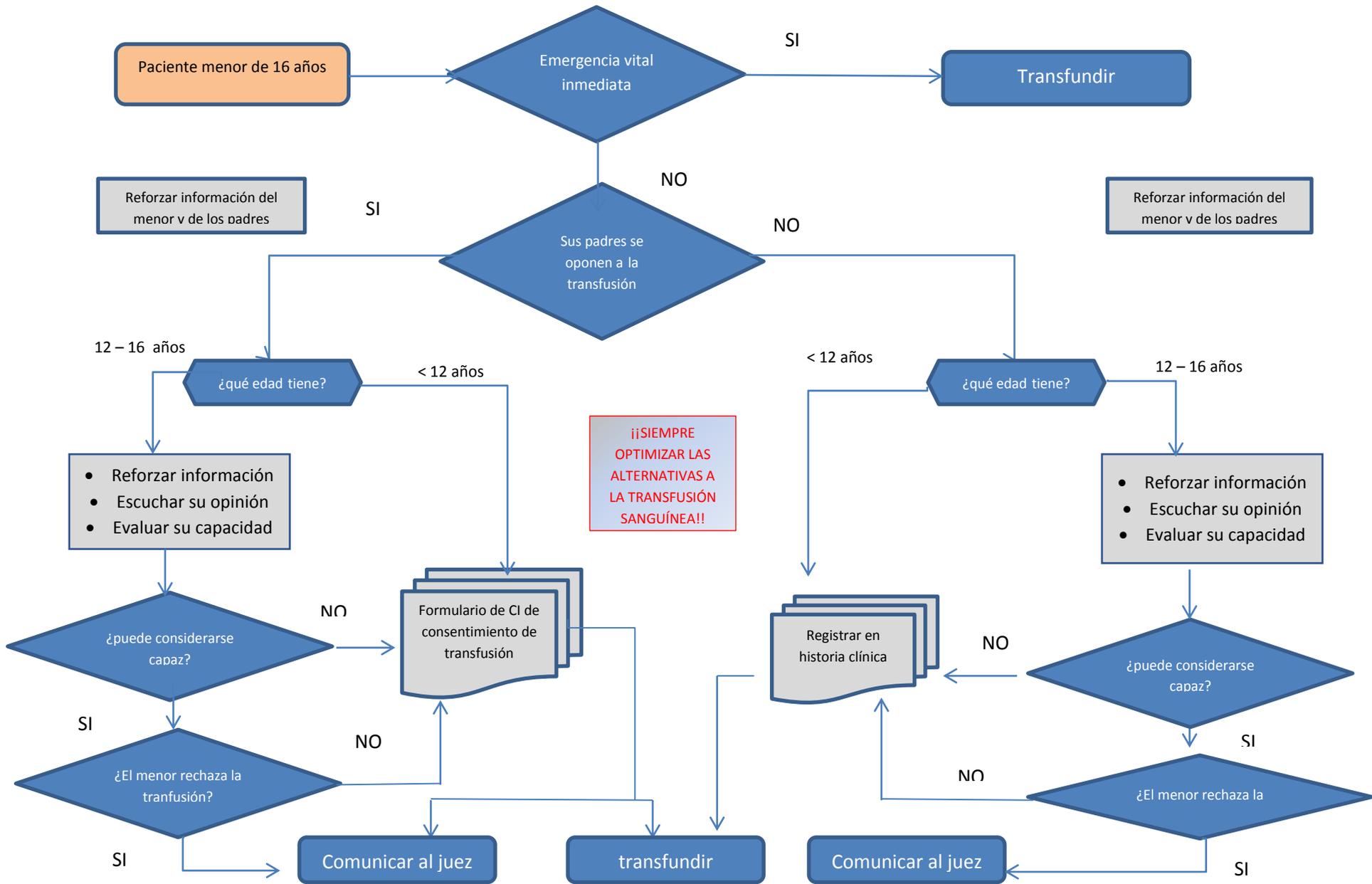


(*) En el caso de pacientes entre 16 y 18 años en situaciones de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo se consideran incapaces y se necesita consentimiento por sustitución

ATENCIÓN A PACIENTES QUE RECHAZAN SANGRE O HEMODERIVADOS
 Adaptado de Gómez Martínez ME, Simón Lorda P. (editores). 2011 ⁽¹⁾



ATENCIÓN A PACIENTES MENORES DE 16 AÑOS
 Adaptado de Gómez Martínez ME, Simón Lorda P. (editores). 2011 ⁽¹⁾



Resumen recomendaciones del Comité Bioética Asistencial (CBA) para el manejo del enfermo testigo de Jehová (TJ) en diversas situaciones clínicas

Características del paciente	Situación clínica	Escenarios clínicos	Conflictos	Recomendaciones
Mayor de edad y capaz	Estable	Paciente en espera de intervención quirúrgica programada o prueba diagnóstica invasiva	Negativa a la firma de DCI ordinario para el procedimiento Manifestación de su condición de TJ en el antequirófano Riesgo de sangrado durante el procedimiento	Utilizar el DCI específico para TJ Si se prevé una pérdida de consciencia, alcanzar un acuerdo entre profesional y enfermo En caso de no alcanzarse un acuerdo, solicitar la mediación del CEA No transfundir al enfermo mientras se encuentre consciente
Mayor de edad e incapaz que no ha podido declarar su condición de TJ	Inconsciente, inestabilidad y riesgo elevado de muerte	Cirugía de urgencia en estado de necesidad vital (politraumatizados y shock de origen diverso) Situaciones clínicas caracterizadas por la hemorragia aguda y masiva	Negativa de la familia o representantes a la transfusión Instrucciones previas que manifiestan el rechazo del paciente a la transfusión Riesgo de muerte sin transfusión	Transfundir al enfermo
Mayor de edad y capaz que pierde la consciencia tras haber manifestado su rechazo a la transfusión	Inconsciente por el procedimiento anestésico o por la evolución de su situación clínica	Evolución de la situación 1 Paciente inconsciente durante un acto quirúrgico programado o urgente no vital Paciente que pierde la consciencia por una anemia grave sin transfusión	Riesgo de hemorragia durante el procedimiento Empeoramiento de su estado por la evolución del proceso urgente no vital (apendicitis, incarceration, etc.) Ausencia del DCI	No transfundir al enfermo mientras se encuentre consciente Cuando se produzca la inconsciencia, aplicar el acuerdo alcanzado con el enfermo
Menor de edad no maduro (< 12 años) en situación vital cuyos tutores rechazan la transfusión	Inestabilidad clínica y riesgo elevado de muerte	Cirugía de urgencia en estado de necesidad vital Situaciones clínicas caracterizadas por el sangrado agudo y masivo	Negativa de los tutores o representantes a la transfusión Riesgo de muerte sin transfusión	Transfundir si la situación no admite demora Solicitar la valoración al CAE si la situación admite demora
Menor de edad maduro (> 12 años y < 18 años) en situación vital que rechaza la transfusión	Inestabilidad clínica y riesgo elevado de muerte	Cirugía de urgencia en estado de necesidad vital Situaciones clínicas caracterizadas por la hemorragia aguda y masiva	Negativa del menor a la transfusión Negativa de los tutores a la transfusión Riesgo de muerte sin transfusión	Oír al menor Transfundir si la situación no admite demora Solicitar valoración al CAE si la situación admite demora

CI: Consentimiento informado

Fuente: Acea B, Rodriguez A, Molins N y Cambrón A. *Med Clin (Barc)*. 2005;124(11):434-6



Objetivo del documento:

Facilitar el derecho a la asistencia sanitaria de los pacientes que rechazan la administración de sangre y derivados de la misma.

(Este documento se anexionará al documento de consentimiento informado otorgado por el paciente o su representante legal para el procedimiento que se le ha prescrito. De ambos quedará constancia en la Historia Clínica del paciente)

Declaración del paciente:

Habiendo dado y firmado mi consentimiento para el procedimiento denominado

.....
y cuyo documento formulario adjunto, manifiesto que:

- Doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento, siempre que se lleve a cabo sin transfusión de sangre y/o hemoderivados, anulando el punto del documento de C.I específico que dice: "que es posible que durante o después de la intervención sea necesaria la utilización de sangre y/o hemoderivados Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.
- 2. Además, se me ha informado de los riesgos que comporta la realización de dicho procedimiento sin la posibilidad de transfusión de sangre ni hemoderivados, y soy plenamente consciente de que ello podría causarme secuelas graves y permanentes, cognitivas, motoras y sensoriales, e incluso acarrearne la muerte.
- 3. He sido informado de las alternativas a la transfusión de sangre y hemoderivados disponibles en este centro y de sus posibles complicaciones que asumo.
- 4. Declaro ante el equipo sanitario que me atiende que soy el único responsable de esta decisión y de cualquier circunstancia adversa ocasionada por la misma.
- 5. Acepto, por tanto, la plena responsabilidad legal de esta decisión y libero a todos aquellos que me están tratando de la responsabilidad derivada de cualquier circunstancia adversa directamente ocasionada por mi decisión de no aceptar la transfusión de sangre o hemoderivados.

Documento de consentimiento informado específico para pacientes que rechazan la administración de sangre y de hemoderivados

Declaración de consentimiento.

Don/dña..... de años de edad, con domicilio en, DNI y nº de SIP.....

Don/doña..... de años de edad, con domicilio en, en calidad de (representante legal, familiar o allegado de el/la paciente)....., con DNI.....

DECLARO:

Que el/la/los/las doctor/a/es/as me ha/n explicado que es conveniente/necesario en mi situación la realización de, así como los riesgos añadidos por la realización de dicho procedimiento sin el uso de sangre y hemoderivados y las complicaciones posibles por el uso de los métodos de ahorro de sangre disponibles, y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En a de de 2.....

Fdo.: Don/Doña DNI

Declaración del médico:

El/la/los/las Dr./Dra. y he/hemos informado al paciente y/o al representante legal, familiar o allegado del paciente del objeto, la naturaleza, riesgos y alternativas del procedimiento....., así como los riesgos añadidos por la realización de dicho procedimiento sin el uso de sangre y hemoderivados y las complicaciones posibles por el uso de los métodos de ahorro de sangre disponibles.

Firma del médico (servicio):

Fdo.: Dr./a.: DNI

Colegiado/a nº:

Firma del médico (servicio):

Fdo.: Dr./a.: DNI

Colegiado/a nº:

Revocación del consentimiento.

Revoco el consentimiento prestado en fecha de de 2, relativo a la no administración de sangre y hemoderivados.

En a de de

Fdo. El/la/los/las médico/s

Fdo. El/la/ paciente, representante, familiar o allegado.
.....

Colegiado/a nº:



HEMATOLOGÍA

**COMUNICACIÓN AL JUZGADO PARA TRATAMIENTO CON HEMODERIVADOS EN
PACIENTES INCAPACES / MENORES**

OFICIO

JUZGADO DE GUARDIA

A LA ATENCIÓN DEL SR. JUEZ DE GUARDIA

ASUNTO: Comunicación de Negativa al tratamiento con hemoderivados

MENORES DE EDAD ⁽¹⁾

INCAPACES. ⁽²⁾

Le comunico a V.I. que D/Dña. _____,
de _____ años de edad, con DNI n° _____, está ingresado en este
Hospital de _____, en el Servicio de
_____, y que con el diagnóstico de
_____, precisa para su tratamiento el uso
de hemoderivados (_____) que le deben ser administrados
con carácter de urgencia / en el plazo de _____ horas , a lo que se niegan por
motivos de creencias religiosas...

... sus padres o tutores ⁽¹⁾

... sus representantes ⁽²⁾.

(1) El paciente no comprende ni asume la información sobre los riesgos que esa decisión puede acarrearle, incluido el peligro de pérdida de su propia vida.

(2) El paciente no se encuentra actualmente en plena posesión de sus facultades mentales y cognitivas, y no comprende ni asume la información sobre los riesgos que esa decisión puede acarrearle, incluido el peligro de pérdida de su propia vida.

Dr./ Dra: _____

N° de Colegiado

En _____, a _____ de _____ de 20_____.