

Testigos de Jehová

DECISIONES MÉDICAS



Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la Provincia de Badajoz

Testigos de Jehová

DECISIONES MÉDICAS



Coordinadores

Pedro Hidalgo Fernández
*Presidente del Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la provincia de Badajoz (ICOMBA)*

Mariano Casado Blanco
*Presidente de la Comisión de Deontología del ICOMBA
y Secretario de la Comisión Central de Deontología de la OMC*

Autores

Javier Bárcena Barros
*Médico. Director del Servicio de Información
sobre Hospitales para los Testigos de Jehová*

Mariano Casado Blanco
*Médico. Presidente de la Comisión de Deontología
del ICOMBA y Secretario de la Comisión Central
de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC)*

José Luis Galache Cortés
Abogado. Asesoría Jurídica del ICOMBA

Pedro Hidalgo Fernández
*Médico. Presidente del Ilustre Colegio Oficial
de Médicos de la provincia de Badajoz (ICOMBA)*

Miguel Martín Gómez
Jurista. Teniente Fiscal de la Audiencia Provincial de Badajoz

José Antonio Patrocinio Polo
Jurista. Presidente de la Audiencia Provincial de Badajoz

Demetrio Pérez Civantos
*Médico. Servicio de Medicina Intensiva del Hospital
Universitario Infanta Cristina de Badajoz*

Imprime

Efezeta, Artes Gráficas, S.L.

Depósito legal

BA-501-2014

ISBN

978-84-697-1387-7

ÍNDICE

EDITORIAL

Pedro Hidalgo Fernández 07

PRESENTACIÓN

P. Hidalgo Fernández y M. Casado Blanco 11

EL MÉDICO: VÍNCULO ENTRE VALORES ÉTICOS, LEYES Y VICISITUDES CLÍNICAS

M. Casado Blanco y P. Hidalgo Fernández 15

LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ Y LAS ALTERNATIVAS A LA TRANSFUSIÓN: UN DESAFÍO ÉTICO Y MÉDICO

Javier Bárcenas Barros 19

FUNDAMENTOS IDEOLÓGICOS DEL RECHAZO AL TRATAMIENTO DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

Mariano Casado Blanco 29

FUNDAMENTOS LEGALES DEL RECHAZO DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

José Antonio Patrocinio Polo 33

FUNDAMENTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS EN TORNO A LA PROHIBICIÓN DE LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE EN LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

Mariano Casado Blanco 43

CUESTIONES MÉDICO LEGALES ANTE EL RECHAZO AL TRATAMIENTO MANIFESTADO POR LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

Mariano Casado Blanco 49

CUESTIONES PRÁCTICAS A TENER EN CUENTA ANTE EL RECHAZO MANIFESTADO POR LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ PARA SER TRANSFUNDIDOS

Miguel Martín Gómez 67

ENFOQUE ASISTENCIAL DE USO DE SANGRE Y HEMODERIVADOS EN PACIENTES QUE REHÚSAN TRANSFUSIÓN

Demetrio Pérez Civantos 79

REFLEXIONES EN TORNO A LAS “MEDIDAS DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE CONFLICTOS”

José Luis Galache Cortés 109

EDITORIAL

Pedro Hidalgo Fernández

La Ley 41/2002, conocida como la Ley de Autonomía del Paciente vino a situar al paciente como eje del sistema sanitario. Los derechos del ciudadano, paciente, venían a articularse desde el respeto a la libertad individual del usuario, capaz de decidir sobre los procesos de salud que le afectan y sin cuya autorización no podrían llevarse a cabo. Así, de manera sencilla, venía a modificar el ejercicio médico, basado en la beneficencia, en la medicina paternalista, y promulgaba que “toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado”(art.4.1). Pero esto para los médicos no era novedoso porque nuestro Código de Deontología Médica nos obliga a respetar las convicciones de nuestros pacientes y abstenernos de imponerles las propias (art.9.1 CDM). Y además nos impone “el derecho que asiste al 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.”(art.12.1 CDM).

La práctica diaria del médico obliga a tomar decisiones, siempre en busca de lo mejor, para nuestro enfermo y su confianza no debe verse arrollada por nuestro pensamiento científico, y es él quien con nosotros tomará, una vez informado, la resolución sobre los procedimientos que le ofrecemos. Pero sólo entonces. Aunque a menudo no sean coincidentes. Y por ello “el paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento” (art.8.5 Ley 41/2002).

Los derechos humanos y la dignidad del ser humano deben ser la guía de toda intervención sanitaria, que quedan así plasmados en la Ley: “la dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad (art.2.1) y el paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento (art.2.2).

Las decisiones médicas, basadas en la evidencia clínica y en protocolos y guías de actuación que derivan del estudio e investigación tienen que pasar por el principio de autonomía del paciente. Debemos, y estamos obligados por la ley y por nuestro reglamento de ética, atender a la persona respetando su convicción y sus ideas.

Aun así, y parece estar claro, el ejercicio del médico se enfrenta a diario a situaciones de especial conflicto (ciencia y conciencia) que requieren de una toma de decisiones que nunca pueden estar fuera del respeto y de la ley. El derecho a la vida y el derecho a la salud frente a la libertad individual a decidir.

Quiero agradecer a todos los ponentes de la jornada celebrada en nuestra institución colegial bajo el título “Medidas de actuación en situaciones de conflicto”

por la sabia y clara exposición que realizaron sobre el tema, centrado en un protocolo de actuación médico-legal en situaciones en las que el paciente rechaza una intervención médica o quirúrgica en base a su ideología o fe religiosa; en el caso que nos ocupaba era los Testigos de Jehová. Los juristas, los médicos y los ciudadanos nos reunimos en “la casa de los médicos” – como nos gusta llamar a nuestra aula de formación y enseñanza- para elaborar un documento de actuación que hoy le presentamos.

Es labor del Colegio de Médicos proporcionar foros de opinión y estudio a sabiendas que ayudando al médico ayudaremos al ciudadano.

PRESENTACIÓN

**P. Hidalgo Fernández
y M. Casado Blanco**

Generalmente todos los documentos de actuación, en el campo sanitario, se diseñan con una finalidad específica que básicamente suele estar encaminado a establecer unos criterios de tipo metodológico, de carácter orientador que puedan servir para dar posibles soluciones o unificar criterios, legales y éticos, que puedan dar solución o respuestas a los diferentes conflictos de principios fundamentales y derechos que en ocasiones entran en colisión y que se plantean, tanto a las instituciones sanitarias como al propio médico.

Este Trabajo que presentamos hace referencia a las situaciones en que los pacientes manifiestan su negativa a recibir determinados tratamientos, concretamente transfusiones de sangre, por motivos religiosos, amparándose en sus libertades ideológicas y/o religiosas. Es una cuestión en la que los médicos así como el resto de profesionales sanitarios debemos ser especialmente cuidadosos y prudentes.

Tomando como base estas premisas y desde la Presidencia del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Badajoz, se dispuso la organización de una Jornada Científica, donde con la participación de especialistas del campo de la medicina, del mundo jurídico y de la justicia así como de la ética y deontología médica, se pudiera elaborar éste texto, que incluyera amplios aspectos y puntos de vista, pero que en definitiva permitiera fijar un consenso, encaminado a servir de ayuda y orientación, que por una parte se puedan garantizar los derechos de los pacientes y por otra pueda servir de respaldo al trabajo de los médicos y del resto de profesionales sanitarios.

Y resulta muy interesante hacer este debate desde diferentes puntos de vista. Y ¿porqué? Porque es un problema que tenemos aquí y ahora en esta sociedad y en otras sociedades que están en nuestro entorno cultural.

No se trata de redactar un texto general que haga referencia al tema del rechazo al tratamiento, como derecho de los pacientes, sino que se trata de abordar específicamente el problema del rechazo al tratamiento, en pacientes que manifiestan su pertenencia a los Testigos de Jehová (TJ), lo cual pone de manifiesto el compromiso de la Profesión Médica con el colectivo de los Testigos de Jehová.

La aparición de protocolos en la actividad clínica permite adecuar el comportamiento técnico a casos prácticos en los que concurren circunstancias parecidas, facilitando así la toma de decisiones en situaciones de conflicto, pero partiendo de la base de que la decisión es siempre difícil, personal y única para cada caso.

Las normas que en este texto se proponen son orientativas, pudiendo servir de guía ante casos de posibles conflictos éticos y controversias legales, en la relación clínica, cuando se produzca un rechazo al empleo de hemoderivados, por razones religiosas en un paciente TJ.

Es primordial que todos los problemas que se plantean en ética asistencial sean tratados y expuestos en foros de reflexión en donde los problemas concretos, con nombres y apellidos, puedan ser debatidos. Y esto es sencillamente lo que se pretende con estos capítulos reunidos en forma de libro o manual.

No somos ni queremos ser ningún organismo, ninguna estructura que trate de juzgar o de imponer ningún tipo de criterio. Únicamente, con este tipo de debates y reflexiones, podemos pretender orientar a tomar decisiones a quien necesita tomarlas, sin perder de vista que aún así se mantiene la duda y la incertidumbre. No se pretende, ni creo que se pueda pretender en ética, resolver totalmente problemas como el que tratamos. En el mejor de los casos, lo único que se puede es buscar razones que justifiquen la toma de decisiones y necesariamente eso se hace desde la incertidumbre.

Si una Institución Sanitaria no tiene en cuenta el aspecto ético del conflicto y reduce o minimiza el problema a una mera cuestión legal o incluso judicial, transformaría el deber asistencial de velar por la vida del paciente, en el deber de preservar ésta en contra de la voluntad del propio paciente.

Es importante señalar que no todas las actuaciones médicas son genéricas y comunes y que específicamente una actuación de este tipo queda mediatizada o condicionada por el carácter de emergencia médica o de urgencia médica. Una situación de emergencia médica no admite un tratamiento diferido en el tiempo una vez que se ha establecido el diagnóstico, mientras que una situación de urgencia médica permite que la aplicación del tratamiento se efectúe en las siguientes horas una vez efectuado el diagnóstico.

Se ha trabajado concienzudamente en la elaboración del presente texto, con sus pertinentes recomendaciones, pretendiendo que el mismo sea difundido de forma general, tanto a los profesionales de la salud como a los propios ciudadanos, para una correcta atención sanitaria en aquellos casos en que los pacientes plateen el rechazo de una terapia con sangre o hemoderivados, de tal manera que puedan servir, como base, para la realización de protocolos propios en todos los centros sanitarios.

Como no podría ser de otra manera, el presente texto toma como base la normativa legal, que reconoce el derecho de las personas a rechazar el tratamiento propuesto por el profesional sanitario, recogido en la Ley, 41/2002, de "Autonomía del Paciente" y las leyes autonómicas que en materia de información y autonomía se han ido promulgando de forma escalonada, como ocurre con la Ley, 3/2005, de Información sanitaria y autonomía del paciente de Extremadura, además del Convenio sobre Derechos Humanos y la Biomedicina 1997 así como la Ley Orgánica 7/1980,

de 5 de julio, de Libertad Religiosa y por supuesto sin olvidar las normas dispuestas en el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de 2011.

De esta forma y para su redacción se han tenido de forma muy señera, tres principios esenciales:

- 1.- el respeto del ordenamiento jurídico y el cumplimiento de la legalidad.
- 2.- el respeto a la dignidad de los pacientes, respetando en todo momento su derecho a rechazar este tratamiento como opción terapéutica.
- 3.- el respeto a las normas y obligaciones de la profesión médica.

**EL MÉDICO:
VÍNCULO ENTRE VALORES ÉTICOS,
LEYES Y VICISITUDES CLÍNICAS**

**Mariano Casado Blanco
y Pedro Hidalgo Fernández**

Actualmente, la medicina ha de ser concebida como un servicio a la comunidad y la salud como un derecho. De esta forma el médico actual ha ido perdiendo (aunque quizás no del todo) el papel que durante tanto tiempo tuvo, comparado con la de un chamán o sacerdote, y dotado de poder y de casi total protección.

Fue durante el siglo XX cuando la medicina fue transformándose de una manera profunda, basada en hechos tan relevantes que justifican la situación presente, como: la especialización de la profesión, la pérdida de status social del médico, los grandes avances científico-técnicos en el campo de la biomedicina, la creación de los estados de bienestar y de los servicios públicos de salud, junto con el aseguramiento de la población, son algunos de los elementos del cambio.

Junto a esto o quizás en íntima relación, el médico se encuentra, muy a menudo, con que la toma de medidas técnicas va unida a decisiones éticas y legales, lo que implica que necesariamente se deba incorporar el mundo de los valores y de las leyes a los hechos clínicos.

Hoy, desde la práctica asistencial, se identifican claramente algunos factores que generan nuevos conflictos que deberán analizarse desde la exigencia y obligación que supone para un médico la admisión de conductas exigidas por el propio paciente, por protocolos técnicos de actuación o incluso por otras instancias y autoridades y que por supuesto que generan un conflicto de valores éticos muy claro y, por tanto, un conflicto moral.

Por otra parte, la creciente diversidad cultural existente en nuestra sociedad comporta la convivencia con otras culturas con éticas de máximos diferentes y menos conocidas, que ponen en tensión la sensibilidad ética tanto del médico como del paciente.

Tal es la situación que quizás lo más relevante de los tiempos que vivimos, es que el médico y el resto de profesionales sanitarios tienen en el respeto de la autonomía del paciente el mejor recurso, aunque bien es cierto que con ciertas limitaciones en casos concretos.

El modelo asistencial en todo servicio público de salud debe ser la atención sanitaria personalizada, organizada en sus recursos y procedimientos, orientada hacia el bienestar, el bien común y la justicia, correcta científica, ética y jurídicamente con calidad técnica y humana, universal, equitativa y sensible a las necesidades y valores de los ciudadanos. Esto supone el reconocimiento de la diversidad ideológica, religiosa, cultural y demográfica de nuestra sociedad como un bien y un derecho que afecta al sentido de la vida y sus límites así como al cuidado de la salud por parte de los profesionales y las organizaciones sanitarias que deben reconocer y respetar esos valores.

Este derecho particular de asistencia sanitaria no implica problemas relevantes en la mayor parte de las ocasiones. No así cuando los deseos del paciente entran en conflicto con las indicaciones médicas o con los límites del derecho a la asistencia y especialmente cuando el paciente rechaza un tratamiento vital alegando razones de índole religiosa.

El empleo de hemoderivados, terapéutica de disponibilidad limitada, es una práctica habitual en nuestros hospitales y efectiva en determinadas patologías y situaciones clínicas.

La decisión de su utilización 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 y protocolos.

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 libertad religiosa e ideológica. Todo ello, además, ha de desarrollarse en un entorno relacional y asistencial en evolución, donde la nueva relación entre médico y paciente hace partícipe a éste en las decisiones que afectan a su salud, debiendo contemplar simultáneamente la efectividad y eficiencia de los recursos utilizados.

En la atención sanitaria habitual, los TJ no se diferencian del resto de los pacientes y usuarios salvo en su negativa a ser transfundidos. Entendiendo como paciente, las personas que requieren asistencia sanitaria en orden al mantenimiento o recuperación de la salud y por usuario, aquellas personas que utilizan los servicios de promoción y educación de la salud, de prevención de enfermedades y de información sanitaria.

Específicamente, los TJ, por una razón moral de primer orden rechazan la administración de sangre de cualquier procedencia y por cualquier vía, oral o intravenosa, y la prohibición se extiende al uso de derivados sanguíneos y de sangre que haya sido separada del cuerpo durante un cierto tiempo. La sangre que ha salido del cuerpo debe desecharse por lo que no está permitida la recolección autóloga preoperatoria de sangre. No así la infusión de sangre o hemoderivados a través de un circuito cerrado en conexión con el propio torrente sanguíneo.

Y en el contexto de la nueva relación clínica, nos podemos encontrar ante la circunstancia de que un paciente rechace como tratamiento la administración de hemoderivados, basándose en motivos religiosos y de creencias, como sucede en los Testigos de Jehová. Esta situación ha provocado un intenso debate social y mediático.

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 de no respetarlos deseos del paciente).

Una Institución Sanitaria que no tuviese en cuenta el aspecto ético y deontológico del conflicto y redujera el problema a una mera cuestión judicial, en la que el juez decidiera dar la autorización necesaria para que se procediera a un tratamiento forzoso, convertiría el deber asistencial de cuidar la vida (derecho a la vida), en el deber de preservar ésta en contra de la voluntad del paciente. Esta actuación forzosa, transformaría la obligación de garantizar el derecho a la vida a la de imponer un tratamiento en contra de la voluntad y valores del paciente; lo que desvirtuaría el concepto ético y moral de libertad y vida.

Además, deberemos tener en cuenta que nuestra sociedad se basa, entre otros fundamentos, en el respeto al derecho a la vida, a la libertad de conciencia, a la dignidad y a las ideas religiosas. Y que el ideario del profesional sanitario condiciona igualmente la visión y la valoración de los diferentes derechos. La colisión entre los diferentes derechos y su valoración pueden ser también causa de conflicto.

El pluralismo ideológico y religioso es una característica de la sociedad en la 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.

Sólo el análisis desde un punto de vista médico, ético, jurídico y médico-legal puede proporcionar una guía de actuación en el abordaje de estas situaciones clínicas.

**LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ
Y LAS ALTERNATIVAS A LA TRANSFUSIÓN:
UN DESAFÍO ÉTICO Y MÉDICO**

Javier Bárcena Barros

He escogido para este capítulo el título de *“Los Testigos de Jehová y las alternativas a la transfusión: un desafío ético y médico”*.

Especialmente significativa es la palabra *“desafío”* porque resulta evidente que la posición del Testigo de Jehová (TJ) plantea un desafío al facultativo. Un desafío ético, porque el rechazo a la sangre obliga al médico a plantearse cuestiones éticas que quizás anteriormente no se había planteado, ya tener que tomar decisiones de carácter ético. Y también un desafío médico, porque la posición del TJ exige investigar y buscar estrategias que permitan evitar la transfusión de sangre. Por eso hablamos de un desafío ético y médico que, esperamos, esta presentación les ayude a comprender un poco mejor.

A continuación voy a explicar brevemente:

- 1) La postura del paciente TJ con respecto al tratamiento médico y la transfusión de sangre,
- 2) El marco jurídico actual en relación con el rechazo a la sangre, haciendo referencia también a las voluntades anticipadas,
- 3) Los aspectos éticos fundamentales que aplican a la negativa a la sangre,
- 4) Algunos detalles generales sobre la cirugía sin sangre, y
- 5) Conclusiones

1. POSTURA DEL PACIENTE TJ CON RESPECTO AL TRATAMIENTO MÉDICO Y LA TRANSFUSIÓN DE SANGRE.

En todo el mundo hay aproximadamente 8 millones de TJ y, en España, alrededor de 150.000. Entre ellos hay personas de todo tipo de culturas y antecedentes sociales. A todos les une su fe y su respeto por la Biblia como un libro sagrado, como la Palabra de Dios. Estas características dotan a este colectivo de un fuerte sentido de grupo. El TJ es una persona comprometida con su religión, que intenta ser coherente con sus creencias.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el TJ adopta su posición de rechazo a la transfusión de sangre como consecuencia de una convicción religiosa. Su postura es, por tanto, de carácter religioso. Sirvan unos breves comentarios para explicar las razones que sostienen esta posición.

Según la Biblia, Dios es la fuente de la vida, la vida es sagrada pues proviene de Él, y también lo es la sangre, que la representa simbólicamente. Quizás algunos de

ustedes se pregunten: “*si los TJ consideran la vida como algo sagrado, ¿por qué rechazan las transfusiones de sangre cuando este puede ser un recurso para preservar la vida?*”. Vaya por delante que los TJ aman la vida. No quieren ejercer nada parecido al derecho a morir. De hecho, uno de los principios fundamentales de este colectivo religioso es precisamente evitar estilos de vida que puedan perjudicar la salud, tales como el uso del tabaco, el consumo de drogas, el uso inmoderado de alcohol, etc.

Hace miles de años que la Biblia ya contenía esta objeción. Sorprende encontrar en ella más de 300 referencias a la sangre, a la que se le da un valor sagrado. Por esta razón, el mandato divino “*absténganse de... sangre*” se deja traslucir claramente a lo largo de las Sagradas Escrituras en textos como Génesis 9:4, Levítico 17:13,14 ó Hechos 15: 28,29.

Esta norma ya fue comprendida y respetada por los cristianos primitivos. Así lo relata Tertuliano, un teólogo latino del siglo III, quien señalando el contraste entre las prácticas de los romanos y las de los cristianos respecto a la sangre, dijo: “*deberíais avergonzaros de vuestro error en relación a los cristianos que ni siquiera la sangre de los animales tomamos en los convites (...). Para tentar a los cristianos, queriendo desviarlos de su camino, les presentáis morcillas llenas con sangre, certísimos de que no les es lícito tomarlas*”.

Los TJ entendemos que este término que utiliza la Biblia, “*abstención*”, es contundente y excluye también las transfusiones de sangre. Dentro de nuestro proyecto vital, creemos que respetar las pautas del Creadores un proceder sensato. Así, el TJ rechaza la sangre como una expresión más de su respeto hacia el Creador de la vida. Es este mismo sentido de respeto hacia las normas del Creador, el que llevó a los TJ de nuestro país a declararse objetores de conciencia en relación con el servicio militar, entendiendo que un cristiano no debe “*tomar las armas*”, o a afrontar la persecución del nazismo durante la segunda Guerra Mundial, debido a su postura de estricta neutralidad en cuestiones políticas.

Como se puede ver, el TJ no lidera ninguna cruzada contra las transfusiones de sangre. Tampoco cuestiona su valor terapéutico. Su rechazo a la sangre se debe a sus convicciones religiosas. Por lo tanto, tiene que ver con sus valores personales, con la manera en que ha decidido vivir la vida y, por lo tanto, con su dignidad.

En resumen, el Testigo de Jehová:

- 1) busca tratamiento médico de calidad (cree en la medicina y por ello acude al hospital),
- 2) rechaza la transfusión de sangre alogénica por motivos de conciencia,

- 3) solicita una terapéutica que permita evitar la transfusión, y
- 4) ha hecho una elección informada, asumiendo los riesgos que ello comporte.

Como probablemente habrán comprobado, el paciente Testigo de Jehová suele ser un paciente bien informado, y no, como a veces algunos han pensado, un fundamentalista religioso al que hay que proteger de sí mismo y de sus creencias. En realidad, se trata de un paciente que rechaza un acto médico muy concreto y que pide al facultativo que acepte esa limitación.

Los médicos estamos acostumbrados a asumir limitaciones en el ejercicio de nuestra profesión. El tratamiento óptimo para una patología no siempre es viable. A veces las causas son técnicas, porque no se dispone de determinado equipo, o médicas, porque un paciente tiene una patología que nos obliga a descartar una opción terapéutica y escoger otra. En el caso del TJ, la causa de esa limitación es moral. Pero eso lógicamente no la convierte en una causa de menor entidad. Por eso, el TJ agradece que se ofrezca al paciente un tratamiento integral, que no solo se tomen en cuenta aspectos técnicos o fisiológicos, ya que el TJ no puede desvestirse de sus principios cuando entra en un quirófano. Ha decidido vivir con esos valores de la misma forma que cada uno de nosotros vive tratando de ser coherente con los suyos.

2. EL MARCO JURÍDICO ACTUAL AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y EL DERECHO A RECHAZAR UN DETERMINADO TRATAMIENTO.

La vigente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los 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 información necesaria, con la excepción de la existencia de riesgo 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, y no existiera constancia de que el paciente hubiera otorgado previamente un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas (artículos 2.3, 2.4 y 9.2). Así mismo, en el artículo 21.1 la Ley establece que negarse a un determinado tratamiento no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, incluso aunque estos sean solo de carácter paliativo.

Una forma adicional que tienen los pacientes de expresar su rechazo a determinados tratamientos, para que se tenga en consideración en el caso de que aquellos no puedan expresarlos por sí mismos por estar en situación de incapacidad, es me-

diante un documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas (en Extremadura este documento se denomina “Expresión anticipada de voluntades”). 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.

La mayoría de los TJ han formalizado un documento de declaración previa de la voluntad. Además, todo TJ lleva entre sus documentos personales una tarjeta en la que se alerta de su rechazo a la hemoterapia y se indica que dicha negativa consta en el registro oficial de voluntades anticipadas.

El TJ se asegura de tomar todas estas iniciativas porque, por un lado, quiere asegurarse de que se respete su posición, incluso en el caso hipotético de que se encuentre inconsciente o incapaz. Pero también, porque desea colaborar en lo posible con el profesional sanitario y entiende que el médico necesita trabajar en un marco que le ofrezca seguridad jurídica al tratar al paciente TJ.

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 documento de voluntades anticipadas su deseo respecto a un determinado tratamiento, como por ejemplo el rechazo de la transfusión sanguínea, dicha voluntad 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. Esto significa que el documento de voluntades anticipadas tiene un carácter jurídico vinculante respecto a todos los participantes en la toma de decisiones. Por tanto, la obligación del médico y de los familiares de respetar la voluntad anticipada del paciente no se circunscribe exclusivamente al período de consciencia de éste. La obligación se mantiene también en el supuesto de pérdida de consciencia del paciente.

3. ASPECTOS ÉTICOS FUNDAMENTALES.

Desde el punto de vista de la ética médica clásica, la actuación moralmente correcta es la que resulta beneficiosa para el paciente, y aquello que se estima 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. Esto es lo que llamamos paternalismo médico.

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 el principio de 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, de manera autónoma, sus planes de vida y de felicidad, también sus límites y sus consecuencias. Por eso, la autoridad moral con la que el médico interpretaba unilateralmente lo que era bueno para el paciente no es hoy determinante.

La toma de decisiones sobre la salud y la enfermedad ya solo puede ser 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 a las transfusiones de sangre por los pacientes testigos de Jehová. No obstante, para la correcta toma de decisiones es necesario articular adecuadamente los cuatro principios clásicos de la bioética.

El conflicto entre autonomía y beneficencia expresa la dificultad del profesional para aceptar que sus obligaciones morales terminan con la expresión y persuasión del paciente para que elija una determinada alternativa terapéutica, la mejor desde su punto de vista como profesional. En el caso de las transfusiones, los Testigos han determinado que la sangre no puede producirles ningún bien, porque les hace perder el bien máspreciado para ellos, su relación con Dios. Por eso la responsabilidad del profesional sanitario termina cuando ha explicado detalladamente las diferentes alternativas con su balance riesgo-beneficio.

Antes de continuar con nuestra argumentación, quizás sea conveniente entrar, aunque sea de forma sucinta, en el concepto “dignidad de la persona”. Las definiciones han sido muchas a lo largo de la historia y no pretendo profundizar de forma exhaustiva en el análisis del concepto, pero basta una sencilla consulta al diccionario para obtener una definición suficientemente significativa: “se dice de la manera de comportarse o de hablar que revela respeto por uno mismo”. Resulta difícil de entender que una decisión tomada por respeto a uno mismo, en el caso de los testigos de Jehová por respeto a sus propias creencias, pueda ser tratada de forma superficial o pasada por alto. Es evidente que todos tenemos el derecho a vivir de acuerdo con nuestro propio esquema vital, que viene motivado por nuestros propios valores, aquellos que sostienen nuestra vida y condicionan en muchos casos nuestras decisiones y la manera como vivimos.

Es razonable también que tratemos de inculcar esos valores personales a nuestros hijos, ya que resulta muy poco consistente, y más bien hipócrita, vivir de acuerdo

con unos principios la vida propia, y enseñar a nuestros hijos otras normas u ocultar las nuestras para que ellos tomen su propia decisión en la edad adulta. Por supuesto que lo harán, hagamos lo que hagamos, pero hasta entonces la responsabilidad de su formación en los diferentes campos de la vida corresponderá fundamentalmente a los padres responsables.

Entendemos que la libertad de elección puede suponer comprometerse con una creencia determinada, por extraña que pueda parecer a los demás. El hecho de que algunas elecciones sean molestas, extrañas o trágicas para otros, no significa que pueda utilizarse la fuerza para obstaculizarlas o para tratar de ridiculizarlas. Si decidiéramos por otros sobre las opciones vitales correctas, ¿hasta dónde podemos llegar? ¿Cuál es el límite? ¿Podemos secuestrar la libertad y por tanto atentar contra la dignidad de una persona sólo porque creemos tener una mejor decisión?.

4. CIRUGÍA SIN SANGRE.

El concepto “cirugía sin sangre” se utiliza con frecuencia en la literatura médica y se aplica a una gran variedad de procedimientos destinados a prevenir las pérdidas sanguíneas y minimizar o suprimir la transfusión. Hace, por tanto, referencia a un conjunto de estrategias que aplicadas de forma combinada, o aisladamente, evitan el uso de sangre y hemoderivados.

Para conseguir dicho objetivo, se siguen tres líneas de actuación: 1) reducir al máximo las pérdidas hemáticas, 2) rentabilizar la propia sangre del paciente mediante técnicas quirúrgicas y anestésicas adecuadas, y 3) utilizar sustancias farmacológicas que estimulen la producción endógena de sangre (hematopoyesis).

Algunos principios generales que hay que tener en cuenta en relación con el tratamiento sin el uso de sangre son los siguientes:

Adoptar una estrategia proactiva que abarque previsión, preparación y tratamiento para impedir la pérdida incontrolada de sangre, y en la que se utilice una combinación de intervenciones.

Realizar un estudio diagnóstico preoperatorio meticuloso. A fin de facilitar la planificación perioperatoria, una evaluación integral debe englobar anamnesis y exploración física metódicas, y pruebas diagnósticas acertadas. Deben identificarse las alteraciones de la coagulación y todo tratamiento previo que pueda incrementar el riesgo de hemorragia.

Establecer las estrategias adecuadas para optimizar el estado del paciente antes de la realización del trasplante. Las medidas preventivas adoptadas para crear un

ambiente fisiológico favorable tienen más posibilidades de producir un resultado ventajoso que las que se adoptan posteriormente como tratamiento con efecto retroactivo.

Limitar la flebotomía diagnóstica. Hacer solo las pruebas esenciales y utilizar menos sangre para los análisis.

Combinar técnicas anestésicas y quirúrgicas de ahorro de sangre: hemostasia quirúrgica meticulosa y minimización de la pérdida de sangre, junto con un riguroso manejo intraoperatorio de la sangre que utilice estrategias adecuadas de obtención de sangre autóloga.

Optimizar el aporte de oxígeno y analizar medidas para minimizar su consumo.

En el caso de pacientes recién intervenidos que experimenten una hemorragia activa, debe llevarse a cabo de inmediato la investigación concomitante y el diagnóstico, y hay que intervenir con prontitud para controlar cuanto antes la hemorragia. Ante una hemorragia incontrolada considérese la hiporeposición moderada de fluidos.

Algunas de las alternativas médicas que se están utilizando con éxito en nuestro país para evitar la administración de transfusiones de sangre son las siguientes:

Instrumentos quirúrgicos hemostáticos, tales como el electrocauterio, bisturí ultrasónico o el coagulador de rayo argón, que reducen la hemorragia y contribuyen a una menor manipulación de los tejidos. También existen agentes hemostáticos tópicos.

Autotransfusión, es decir, la reutilización de la propia sangre del individuo; ya sea mediante técnicas de hemodilución (extracción de sangre y sustitución del volumen extraído por soluciones expansoras en el momento de comenzar la intervención) o de recuperación del foco hemorrágico durante o inmediatamente después de la intervención, para ser reinfundida al paciente mediante máquinas especiales.

Expansores del plasma, fluidos sintéticos que pueden transfundirse como sustitutos temporales de la sangre para mantener el volumen plasmático, la presión, y mejorar la circulación.

Eritropoyetina, versión biosintética de una hormona humana natural que estimula la producción de glóbulos rojos.

Fármacos antifibrinolíticos, como el ácido tranexámico y épsilon aminocaproico, que reducen la hemorragia durante y después de una intervención quirúrgica, actuando tanto en la función plaquetaria como en la coagulación y la fibrinólisis.

Compuestos de hierro, ácido fólico, vitamina B12 y otras sustancias necesarias para la formación de las células sanguíneas.

Soluciones transportadoras de oxígeno. Sustituyen la capacidad de la sangre para transportar el oxígeno a los tejidos.

La aplicación de estas técnicas, que comenzaron a investigarse y a emplearse hace muchos años en los pacientes TJ, está produciendo unos resultados sorprendentes, hasta el punto de que miles de facultativos en el ámbito mundial han hecho suyas las conclusiones de *Viele y Weiskopf* en el artículo: “¿Qué nos enseñan acerca de la necesidad de transfundir los pacientes que rechazan la transfusión?”, publicado en la revista *Transfusión*. Los autores mencionan en este metaanálisis, que presenta los resultados de 61 estudios realizados en TJ, que las técnicas aprendidas en el tratamiento de estos pacientes sirven de paradigma para tratar óptimamente a los demás pacientes quirúrgicos.

En la actualidad, ya existen en el mundo más de doscientas unidades de cirugía sin sangre en diferentes hospitales. A este respecto, la revista médica *Jano* publicó hace ya algunos años un artículo titulado “¿Hacia una medicina sin transfusiones?”. En él se explicó que en Estados Unidos ya existían entonces cerca de cien centros hospitalarios con programas de medicina y cirugía sin sangre o hemoderivados. Su número ha crecido tanto en los últimos 5 años que ya cuentan con una organización propia: la Asociación Nacional de Medicina sin Sangre (NABS).

Todo esto ha contribuido a un desarrollo importante en el campo de la medicina transfusional apareciendo en los últimos años abundantes artículos médicos sobre el tema, libros que dedican capítulos enteros a las alternativas a la sangre alogénica y congresos dedicados a dar a conocer las alternativas a la transfusión.

Esto ilustra que muchos profesionales sanitarios se han planteado la negativa de los TJ a la sangre como una cuestión puramente técnica o médica. Es decir, un tipo de paciente que genera una serie de retos que tengo que intentar resolver, como sucede en otros casos, aplicando mis conocimientos técnicos y mi buen hacer, para tratar de ayudarlo en su contexto individual y en la medida en que me lo permitan mis posibilidades.

Algo que quizás podría ayudarnos en esta reflexión general, es pensar por un momento en el trabajo del oncólogo. Su labor, una vez diagnosticado con eficiencia el tipo de tumor, sus características y su extensión, consistirá en la realización de un procedimiento terapéutico apropiado. El especialista se asegurará de que el paciente comprende perfectamente su proceso patológico, las posibilidades terapéuticas y el pronóstico de su enfermedad. A continuación, se plantearán los diferentes tipos de tratamiento, léase cirugía, quimioterapia, radioterapia, etc.

Es evidente que corresponde al propio paciente decidir el tipo de tratamiento que está dispuesto a aceptar y asumir las consecuencias y los riesgos derivados de

tal decisión, como son, por ejemplo, los efectos secundarios del tratamiento así como las consecuencias de rechazarlo. Es el paciente quien vivirá con los efectos de su decisión. El facultativo colaborará con el paciente dándole la mejor atención y el mejor tratamiento aceptado por este. No podemos imaginar al oncólogo tratando de obligar al paciente a que acepte la cirugía o la quimio, simplemente porque él cree que es lo mejor. Tampoco imaginamos que el especialista rechace a su paciente porque no esté dispuesto a aceptar una parte del tratamiento.

5. CONCLUSIONES.

Sirva como conclusión a mi presentación el comentario del Dr. Pérez Ferrer, anes-tesiólogo del hospital de la Paz en Madrid, en su trabajo “Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento”, publicado en la *Revista Española de anestesiología y reanimación*: “La negativa de los testigos de Jehová a recibir transfusiones de sangre ha propiciado el desarrollo de un debate sobre autonomía del paciente y el derecho a negarse a recibir un tratamiento, que ha provocado la creación de protocolos y artículos en códigos deontológicos médicos y en la legislación, referentes a la necesidad del consentimiento informado previo a cualquier tratamiento. Además ha estimulado la investigación, la re-evaluación del umbral transfusional y el desarrollo de recursos médicos y quirúrgicos para hacer posible una terapéutica sin recurrir a la transfusión de hemoderivados. El dilema al que los testigos de Jehová han sometido a los médicos ha resultado en un mejor uso de la sangre del que nos beneficiamos todos. [...]La demanda social de la cirugía sin sangre es cada vez mayor por múltiples motivos, no sólo religiosos, y debe estar disponible para todos los pacientes, independientemente de sus creencias, no sólo en unos pocos hospitales de referencia, sino en cualquier lugar donde se realice una intervención quirúrgica”.

Quisiera resaltar que es la dignidad lo que caracteriza al ser humano y lo que le hace precisamente eso, “humano”, o dicho de otra manera, lo que le hace “persona”, lo que le permite vivir la vida con la libertad para vivirla como ha decidido en su corazón. ¿De qué valdría la vida si uno no puede vivirla tal como quiere?

Finalmente, me gustaría compartir con usted es la conocida frase de John Stuart Mill, quien escribió: *“Ninguna sociedad en la que las libertades de las minorías no son respetadas puede ser realmente libre, sea cual sea su forma de gobierno. Cada uno es el legítimo guardián de su salud, ya sea física, mental o espiritual”*.

Creo que todos, independientemente de nuestros valores y creencias, estaremos de acuerdo con la importancia de poder vivir con libertad.

**FUNDAMENTOS IDEOLÓGICOS
DEL RECHAZO AL TRATAMIENTO
DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ**

Mariano Casado Blanco

El rechazo a la utilización de sangre por parte de los TJ, es sumamente conocido en el ámbito sanitario y motivo de encendidas controversias, tanto legales como éticas. El planteamiento es sumamente sencillo, ya que se presenta como en enfrentamiento entre dos principios o derechos básicos, como son el derecho a la vida y el derecho a la libertad y la autonomía del paciente.

Un aspecto importante a tener en cuenta es que el TJ adopta su posición de rechazo a la transfusión de sangre como consecuencia de una convicción religiosa. Su postura es, por tanto, de carácter religioso. Sirvan unos breves comentarios para explicar las razones que sostienen esta posición.

Las creencias religiosas en las que se basan los TJ proceden de Estados Unidos, cuando un pequeño grupo de estudiantes de la Biblia de Pittsburgh (Pensilvania, Estados Unidos), allá por el año 1878, decidieron llevar a cabo un estudio sistemático de las Escrituras. Como parte de su investigación, compararon las doctrinas de las iglesias con lo que la Biblia realmente enseña. Luego empezaron a divulgar lo que habían aprendido. Uno de aquellos estudiantes se llamaba, Charles Taze Russell, considerado por muchos como su fundador, aunque en este aspecto existen opiniones muy divergentes. De educación presbiteriana, aun joven renegó de esta doctrina y se adhirió a los congregacionalistas, aunque no por mucho tiempo. Más tarde se acomodó con el discurso de los adventistas del séptimo día. Aquí entró en él la fe en el divino contenido de las Sagradas Escrituras, y Russell comenzó a predicar su doctrina. Asimismo, también le llegó la hora de separarse de los adventistas, en el terreno de la discordancia, en lo que concierne a la forma de la Segunda Venida. Russell rompió con ellos *"en la firme convicción de que antes de él nadie había sido capaz de entender correctamente la Escritura, y que Dios lo llamó para explicarle a los hombres su pensamiento verdadero"*.

Años más tarde, en 1884, el propio Russel fundó la WTS (Watch Tower Bible and Tract Society), aunque la verdadera denominación de Testigos de Jehová se debe al sucesor de Russell, el jurista Joseph F. Rutherford, impulsor de la actual denominación de "Testigos de Jehová", hecho que ocurrió en 1931.

Con respecto a la prohibición de recibir transfusiones de sangre esta se produce en el año 1945, siendo presidente del colectivo, Nathan Homer Knorr. No es la única prohibición, pues las relaciones entre los TJ y la Medicina no han sido nunca muy buenas. Solamente haciendo un repaso de sus escritos, podemos encontrar referencias, a la Medicina, tales como *"su llamada ciencia nació de la magia negra egipcia y no ha perdido hoy su carácter demoníaco"* (1931). Durante muchos años (1931-1952), las vacunas se calificaron como crimen y fraude y por ello estuvieron proscritas. Desde 1967 hasta 1981, los trasplantes de órganos se calificaron de canibalismos

e igualmente fueron prohibidos. Pero ante la objetividad de las demostraciones científicas en cuanto a los beneficios de las diferentes técnicas médicas, la posición de los dirigentes de los TJ, se suavizaron y dejaron la toma de decisiones a la propia conciencia personal.

Según la Biblia, Dios es la fuente de la vida, la vida es sagrada pues proviene de Él, y también lo es la sangre, que la representa simbólicamente. Quizás se pregunten: *“si los TJ consideran la vida como algo sagrado, ¿por qué rechazan las transfusiones de sangre cuando este puede ser un recurso para preservar la vida?”*. Vaya por delante que los TJ aman la vida. No quieren ejercer nada parecido al derecho a morir. De hecho, uno de los principios fundamentales de este colectivo religioso es precisamente evitar estilos de vida que puedan perjudicar la salud, tales como el uso del tabaco, el consumo de drogas, el uso inmoderado de alcohol, etc.

Hace miles de años que la Biblia ya contenía esta objeción. Sorprende encontrar en ella más de 300 referencias a la sangre, a la que se le da un valor sagrado. Por esta razón, el mandato divino *“absténganse de... sangre”* se deja traslucir claramente a lo largo de las Sagradas Escrituras en textos como Génesis 9:1-4, Levítico 3:17, 17:10-12, Hechos 15:19-20 ó Deuteronomio 12:23. Esta norma ya fue comprendida y respetada por los cristianos primitivos. Así lo relata Tertuliano, un teólogo latino del siglo III, quien señalando el contraste entre las prácticas de los romanos y las de los cristianos respecto a la sangre, dijo: *“Deberíais avergonzaros de vuestro error en relación a los cristianos, que ni siquiera la sangre de los animales tomamos en los convites.... Para tentar a los cristianos, queriendo desviarlos de su camino, les presentáis morcillas llenas con sangre, certísimos de que no les es lícito tomarlas.”*

Los TJ entienden que este término que utiliza la Biblia, “abstención”, es determinante y excluye también las transfusiones de sangre. Dentro de su proyecto vital, creen que respetar las pautas del Creador es un proceder sensato. Así, el TJ rechaza la sangre como una expresión más de su respeto hacia el Creador de la vida.

Por el contrario a la prohibición de realizar transfusiones de sangre nos encontramos con la aceptación a la utilización por separado de muchos componentes de la sangre, de tal forma que la posición actual de los TJ 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. Además se 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 paciente, de forma que la sangre no quede almacenada. No se acepta la recuperación postoperatoria de sangre (recogida a partir

de sistemas de drenaje) ni los procedimientos de autotransfusión preoperatorio (extracción previa de su propia sangre para reinfundirla en caso de necesidad durante o después de la intervención quirúrgica).

Aunque la abstención de sangre es clara y constituye algo muy importante para los pacientes TJ, el tema admite sin embargo diversas interpretaciones, por lo que es bueno emplear tiempo en indagar todas las opciones con el fin de evitar conflictos. Incluso la doctrina de (Watch Tower Bible and Tract Society) WTS ha ido cambiando a tenor de los avances tecnológicos y de las corrientes de opinión en el seno de su organización.

Así, desde junio de 2000 se deja a la conciencia individual la utilización de ciertos hemoderivados como vacunas, fibrinógeno, albúmina, gammaglobulina, factores de coagulación, células madre, perfluorocarbonos, eritropoyetina o trasplante de médula ósea. Y lo mismo ocurre con algunas técnicas como la hemodilución, los recuperadores de eritrocitos, la plasmaféresis, la autotransfusión o la circulación extracorpórea. La libertad de opción figura en el modelo de Documento de Expresión de voluntades anticipadas que suelen utilizar los Testigos de Jehová en Extremadura.

Como se puede ver, el TJ no lidera ninguna cruzada contra las transfusiones de sangre. Tampoco cuestiona su valor terapéutico. Su rechazo a la sangre se debe a sus convicciones religiosas. Por lo tanto, tiene que ver con sus valores personales, con la manera en que ha decidido vivir la vida y, por lo tanto, con su dignidad

Además, el paciente Testigo de Jehová, suele ser un paciente bien informado, y no, como a veces algunos han pensado, un “fundamentalista” religioso al que hay que proteger de sí mismo y de sus creencias. En realidad, se trata de un paciente que rechaza un acto médico muy concreto y que pide al facultativo que acepte esa limitación.

Los médicos estamos acostumbrados a asumir limitaciones en el ejercicio de nuestra profesión. El tratamiento óptimo para una patología no siempre es viable. A veces las causas son técnicas, porque no se dispone de determinado equipo, o médicas, porque un paciente tiene una patología que nos obliga a descartar una opción terapéutica y escoger otra. En el caso del TJ, la causa de esa limitación es moral. Pero eso lógicamente no la convierte en una causa de menor entidad. De esta forma, el TJ agradece que se ofrezca al paciente un tratamiento integral, que no sólo se tomen en cuenta aspectos técnicos o fisiológicos, ya que el TJ no puede desvestirse de sus principios cuando por ejemplo entra en un quirófano. Ha decidido vivir con esos valores de la misma forma que cada uno de nosotros vive tratando de ser coherente con los suyos.

FUNDAMENTOS LEGALES DEL RECHAZO DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ

José Antonio Patrocinio Polo

Los Testigos de Jehová son una comunidad religiosa de limitada implantación. No obstante, debido a sus creencias, las situaciones de conflicto que se suscitan en el entorno sanitario pueden ser relevantes, sobre todo cuando un paciente, o sus representantes legales o de hecho, se oponen a una transfusión sanguínea, que desde la óptica médica y en el curso de una actuación facultativa, se considera necesaria para preservar su vida o integridad física.

Este tipo de conflicto, en primer lugar, lo tiene o lo padece, el médico o facultativo sanitario que interviene en el momento concreto, pero este se puede trasladar al juez. Ambos tienen que decidir sobre cuestiones muy importantes en situaciones extremas y, además, deben hacerlo en muy poco tiempo, circunstancias que resultan cuanto menos violentísima.

El dilema o conflicto que se plantea entre la objeción de conciencia y las transfusiones de sangre, adquiere especial relevancia al entrar en colisión las convicciones religiosas con el derecho a la vida. En efecto, la negativa a una asistencia médica precisa para conservar la vida motivada por convicciones religiosas se ha planteado, en diversas ocasiones, por los Testigos de Jehová.

La confesión religiosa de los Testigos de Jehová prohíbe a sus miembros la práctica de transfusiones sanguíneas, por ser contraria, desde su punto de vista, a los Libros Sagrados, y esa objeción de conciencia a dicho tratamiento médico ha suscitado serias cuestiones en el ámbito jurídico y más especialmente en el área penal.

La cuestión que planteamos implica la confrontación, la colisión, entre dos derechos fundamentales de la persona. Por una parte, el derecho a la vida, que a todos reconoce el artículo 15 de la Constitución Española (C.E.), y por el otro, el libre Desarrollo de la Personalidad, previsto en el artículo 10, dentro del cual se incluye la libertad de disposición del propio cuerpo relacionado a su vez con el principio de autonomía, y en último lugar, con el Derecho Fundamental a la Integridad Física.

En España debemos partir de que conforme al artículo 14 de la Constitución Española (C.E.) todos los españoles son iguales ante la Ley, cualquiera sea su religión. Esta no da origen a ningún privilegio ni a ningún menosprecio. Se protege en plano de igualdad como creencia y como libertad. Y dentro del amplio cuadro de derechos y libertades que proclama la Constitución, en un grupo preferente, sólo superado por el *“derecho a la vida y a la integridad física y moral”* (artículo 15 de la C.E.), el artículo 16.1 garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley.

El alcance y contenido de la libertad religiosa, acorde con lo que se dispone el artículo 10.2 de la Constitución, se interpretará de conformidad con la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales ratificados por España y, entre ellos, el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos que en su artículo 18, tras proclamar en su apartado 1° que *“toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión...”*; añade en su apartado 3° que *“la libertad de manifestar la propia religión o las propias creencias estará sujeta únicamente a las limitaciones prescritas por la ley que sean necesarias para proteger la seguridad, el orden, la salud o la moral pública, o los derechos y libertades fundamentales de los demás...”*. En términos similares se pronuncia el artículo 9 del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales y la Ley Orgánica de Libertad Religiosa de 5 de julio de 1980 admitiendo, entre otras limitaciones de dicho derecho, la salvaguardia de la seguridad, de la salud y de la moralidad pública.

Por tanto, la libertad de conciencia y de religión no se garantiza de forma absoluta e incondicionada y, en caso de conflicto o colisión, pueden estar limitadas por otros derechos constitucionalmente protegidos, especialmente cuando los que resultan afectados son los derechos de otras personas. Se requiere en consecuencia una ponderación de los derechos en conflicto en la situación concreta de que se trate.

Y esa ponderación, de la que hacemos referencia, varía sustancialmente si la vida que corre peligro por la negativa u oposición a la necesaria transfusión sanguínea es la de un adulto o un menor.

El adulto capaz puede enfrentar su objeción de conciencia 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.

Muy distinta es la situación cuando la persona que requiere el tratamiento para salvar la vida o evitar un daño irreparable es un menor. En este caso es perfectamente legítimo y obligado ordenar que se efectúe el tratamiento al menor aunque los padres hayan expresado su oposición.

El derecho a la vida y a la salud del menor, no puede ceder ante la afirmación de la libertad de conciencia u objeción de los padres. Si éstos dejan morir a su hijo menor de edad porque sus convicciones religiosas prohíben el tratamiento hospitalario o la transfusión de sangre, se genera una responsabilidad penalmente exigible.

Para fundamentar lo anterior, y como ayuda a un mejor análisis de las distintas cuestiones que se plantean, podemos hacer mención a la sentencia del Tribunal Supremo de fecha 27 de junio de 1997, en la que se condenó por homicidio, en la mo-

dalidad de comisión por omisión, a unos padres -Testigos de Jehová- que se opusieron a que se efectuase una transfusión de sangre a un hijo de 13 años que la necesitaba para salvar su vida.

El 8 de septiembre de 1994 los médicos detectaron que el menor se encontraba en una situación de alto riesgo hemorrágico prescribiendo para neutralizarla una transfusión de seis centímetros cúbicos de plaquetas, manifestando entonces los padres del menor que su religión no permitía la aceptación de una transfusión de sangre y que en consecuencia se oponían a la misma, siendo informados por los médicos de que no conocían ningún otro tratamiento, solicitando los padres el alta de su hijo para ser llevado a otro centro donde se le pudiera aplicar un tratamiento alternativo.

A las cinco horas del día 9 de septiembre el Juzgado de Guardia autoriza la práctica de la transfusión para el caso de que fuera imprescindible para salvar la vida del niño, como así sucedía, y cuando los médicos se dispusieron a realizar la transfusión el menor la rechazó con auténtico terror, reaccionando agitada y violentamente en un estado de gran excitación que los médicos estimaron muy contraproducente, pues podía precipitar una hemorragia cerebral, desistiendo de su realización, sin que consiguieran convencer al menor para que la consintiera por lo que pidieron a los acusados que trataran de convencer al niño, los cuales no accedieron.

Tras esta situación, los médicos autorizaron el alta médica que anteriormente habían solicitado los padres, que llevaron al hijo a su casa donde permaneció hasta el día 12 del mismo mes, fecha en la que trasladaron al niño al Hospital Universitario Materno-Infantil del Vall D'Hebrón de Barcelona, donde le fue diagnosticado un síndrome de pancitopenia grave debido a una aplasia medular o a infiltración leucémica, considerándose urgente, nuevamente, la práctica de una transfusión para neutralizar el riesgo de hemorragia y anemia y proceder a continuación a realizar las pruebas diagnósticas pertinentes para determinar la causa de la pancitopenia e iniciar luego su tratamiento. Los acusados y el mismo menor, nuevamente, manifestaron que sus convicciones religiosas les impedían aceptar una transfusión, firmando ambos acusados un escrito en dicho sentido.

Los padres, desde el Hospital del Vall D'Hebrón, trasladaron al niño al Hospital General de Cataluña, donde los médicos reiteraron la inexistencia de un tratamiento alternativo y la necesidad de la transfusión, que fue nuevamente rechazada por los acusados y por su hijo, regresando a su domicilio, al que llegaron a la una de la madrugada del día 13 de septiembre, y donde permanecieron hasta que, al día siguiente, el Juzgado de Instrucción de Fraga, tras recibir un informe médico en el que se hacía constar que el menor empeoraba progresivamente por anemia aguda posthemorrá-

gica que requería con urgencia hemoderivados, dispuso autorizar la entrada en el domicilio del menor para que recibiera la asistencia médica que precisaba, es decir para que fuera transfundido, personándose seguidamente la comisión judicial en el domicilio del menor, cuando éste ya padecía un grave deterioro psicofísico, respondiendo de forma vaga e incardinada a estímulos externos. Por orden médica se procedió al traslado al Hospital de Barbastro donde llegó en estado de coma profundo, realizándose la transfusión sanguínea ordenada judicialmente, siendo luego el niño trasladado, por orden médica, al Hospital Miguel Servet de Zaragoza, al que llegó hacia las 23,30 horas del mismo día 14 con signos clínicos de descerebración por hemorragia cerebral falleciendo a las 21,30 horas del día 15 de septiembre de 1994.

Hecho el precedente relato cronológico, es importante dejar consignado que la sentencia declaraba como cierto que si el menor hubiera recibido a tiempo las transfusiones de sangre que precisaba habría tenido a corto y medio plazo una alta posibilidad de supervivencia y a largo plazo tal cosa ya dependía de la concreta enfermedad que el mismo padecía, que no pudo ser diagnosticada, pudiendo llegar a tener, con el pertinente tratamiento apoyado por varias transfusiones sucesivas, una esperanza de curación definitiva de entre el sesenta y el ochenta por ciento, si la enfermedad sufrida era una leucemia aguda linfoblástica, que es la enfermedad que, con más probabilidad padecía el hijo de los acusados, pero sólo a título de probabilidad pues, al no hacerse en su momento las transfusiones, ni siquiera hubo ocasión para acometer las pruebas pertinentes para diagnosticar la concreta enfermedad padecida que por poder, aunque con menos probabilidad, también podía tratarse de una leucemia aguda en la que, a largo plazo, el pronóstico ya sería más sombrío.

El Código Penal contiene en su artículo 11 una regulación expresa de la comisión por omisión mediante una cláusula general. La estructura del delito de comisión por omisión se integra por las siguientes notas: a) que la no evitación del resultado que implica la omisión sea equivalente a su causación; b) que el resultado que no se ha evitado sea típico y c) que se haya infringido un especial deber jurídico que le era exigible para la evitación del resultado por su posición de garante.

No plantea cuestión que los padres tienen respecto a sus hijos menores la específica obligación legal. El artículo 39.1 de la Constitución consagra el deber que tienen los padres de prestar asistencia de todo orden a los hijos habidos dentro o fuera del matrimonio durante su minoría de edad y el artículo 110 del Código Civil dispone que los padres están obligados a velar por los hijos menores, incluso aunque no ostenten la patria potestad.

En el supuesto que examinamos, resulta bien evidente que los padres, que se

encontraban en el ejercicio de la patria potestad, estaban en posición de garantes de la salud de su hijo, correspondiéndoles el deber moral y legal de hacer todo lo que fuere preciso para hacer efectivo dicho deber, en aras de evitar cualquier situación que ponga en peligro su salud o su vida, estando obligados a proporcionar a su hijo la asistencia médica que hubiere precisado. La posición de garante, presente en los padres, no se ve afectada por el hecho de que el hijo, miembro de la misma confesión religiosa, también se opusiera a la transfusión de sangre. El Derecho Positivo aporta expresivos ejemplos acerca de la irrelevancia del consentimiento u oposición de un niño de trece años de edad, máxime cuando, como este caso, está en juego su propia vida.

Los padres, al no autorizar la transfusión de sangre, no evitaron, como les era exigido, un resultado de muerte que de haber prestado su consentimiento no se hubiera producido. Con esa omisión se generaba una situación equivalente a la causación del resultado. Todo ello permite afirmar la presencia de la imputación objetiva del resultado de muerte en cuanto los padres que se hallaban en posición de garantes, con su oposición al tratamiento transfusional, incrementaron la situación de peligro para la vida de su hijo que se concretó en su fallecimiento, que hubiesen podido evitar mediante la acción que les era exigible y omitieron.

Es cierto que los padres no querían la muerte de su hijo haciendo denodados esfuerzos para buscar alternativas a la rechazada transfusión de sangre, a pesar de que se les había informado, reiteradas veces, que tales alternativas no existían. Pero en cuanto con su negativa a la transfusión impedían que se pudiera prestar a su hijo el único tratamiento médico que podía salvarle la vida, forzosamente se tuvieron que representar un máximo peligro para su vida, con una muerte casi segura, que no les impidió mantener su oposición a la transfusión en momentos en que de haberla prestado se hubiera salvado la vida de su hijo. El conocimiento y conciencia del máximo grado de probabilidad de que realmente se produjera la muerte de su hijo supone tanto como aceptarla, al rechazar la única alternativa salvadora que existía aunque les estuviera prohibida por sus convicciones religiosas, rechazo que mantuvieron cuando la vida de su hijo aún podía ser salvada. Así las cosas, debe afirmarse la presencia del dolo eventual que no queda excluido por el deseo vehemente de que no se hubiese producido el resultado de muerte.

Ciertamente, la capacidad de culpabilidad de los acusados se ve en tales casos seriamente mermada por el conflicto de conciencia que se les presentó al tener que optar entre el respeto a sus convicciones religiosas, que les prohíben la práctica de transfusiones de sangre, y la vida de su hijo cuya salvación estaba supeditada a la aplicación de un tratamiento hemotransfusional. El Tribunal Supremo, en sentencia

de 27 de marzo de 1990, apreció la circunstancia atenuante como muy cualificada, en un supuesto de Testigos de Jehová, en la que se declaraba que *“el dogmatismo y la rigidez de los esquemas morales que da, en la indicada opción religiosa, un valor absoluto al consentimiento, con preeminencia de la libertad de conciencia sobre el derecho a la vida, y un ferviente y radical altruismo, conformado por dichas creencias, que autoriza a poner en riesgo o a sacrificar la vida de los fieles por razones trascendentes que surgen de un particular exégesis de los textos Sagrados, pueden conducir y de hecho conducen, a una ofuscación del raciocinio y la pérdida del pleno dominio de la voluntad, a un estado pasional caracterizado por el disturbio psicológico derivado del aludido orden de valores que merman o recortan la capacidad de culpabilidad del sujeto...”*

La apreciación de la atenuante como muy cualificada y las muy especiales razones que se han dejado expresadas para su aplicación en el presente caso, determinaron que se impusiera la pena inferior en dos grados y el que se afirmara que el Tribunal estaba en predisposición de informar favorablemente un indulto parcial caso de que así se solicitara por los acusados.

La primera sentencia analizada, (S. 27 de junio de 1997) fue recurrida en amparo, dando lugar al dictado de la Sentencia del Tribunal Constitucional (STC 154/2002), de 18 de julio de 2002, en la que se acabó concluyendo que la actuación de los padres del menor se encontraba amparada por el derecho fundamental de la libertad religiosa, otorgándoles el amparo solicitado, anulando, con ello, la condena por homicidio imprudente, dictada por la Sala 2ª del Tribunal Supremo.

De esta extensa sentencia se pueden extraer unas interesantes conclusiones.

A) Los padres que se niegan a transfundir sangre a sus hijos, sobre la base de su libertad religiosa, no incurrir en responsabilidad penal, aunque el hijo muera o sufra lesiones graves.

B) La resolución judicial autorizando la práctica de la transfusión en aras de la preservación de la vida del menor, una vez que los padres se negaron, es perfectamente constitucional, pues la vida es el valor superior del ordenamiento jurídico y presupuesto de la existencia y ejercicio de los demás derechos.

C) Los médicos actuaron correctamente al informar de la ausencia de otros tratamientos alternativos, y al solicitar el auxilio judicial para la transfusión.

D) Los menores son titulares de determinados derechos fundamentales, entre ellos el derecho a la libertad religiosa y el derecho a la integridad física. A este respecto la sentencia contiene la siguiente reflexión: *“Lo que fundamentalmente inte-*

resa 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- que se traduce en el marco constitucional como un derecho fundamental a la integridad física”.

E) Esta sentencia, es muy discutible pues otorga capacidad de autodeterminación y decisión a quien, por ser menor, entiendo que no la tiene, sobre todo si va a decidir sobre su propia vida, y hay que considerar que un chico de 13 años no tiene suficiente madurez de juicio al respecto, pues como dice el propio TC, el derecho a la vida que reconoce el artículo 15 CE, no incluye el derecho a la propia muerte. Por otro lado, la sentencia no resuelve el problema en el supuesto de que el menor hubiera prestado su consentimiento a la transfusión en contra de la voluntad de los padres, o cuando simplemente el menor no se hubiera pronunciado al respecto en uno u otro sentido.

No cabe duda que las resoluciones judiciales, si bien de forma no unánime, evidencian una flexibilización y una tendencia clara hacia 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, siendo precisamente ésta última línea la adoptada tanto por 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. Véanse autos de la Audiencia de Vizcaya de 6 de julio de 2001 y de la Audiencia de Guipúzcoa de 18 de marzo 2005. Decimos de forma no unánime por cuanto alguna resolución judicial (a mi juicio claramente errónea y desproporcionada) ha obligado a algún mayor de edad plenamente capaz a practicar contra su voluntad una transfusión de sangre utilizando medios coercitivos (ordenando que se le sede previamente para, a continuación, en este estado de inconsciencia, practicar el acto médico de transfusión), medidas que se compaginan mal con los derechos constitucionales a la libertad religiosa y a la propia integridad física y corporal.

Ahora bien, el problema no está resuelto aún de forma satisfactoria y pacífica respecto a determinadas personas en quien concurren circunstancias especiales: los menores, los discapacitados o incapacitados, judicialmente o no, o respecto de los mayores discapacitados o incluso, respecto de los mayores de edad, cuando con

plena capacidad firmaron un documento prohibiendo la transfusión futura pero que en el momento de la misma se encontraba sin capacidad o incluso cuando se encuentran en estado de inconsciencia en el preciso instante de la transfusión. En todos estos supuestos el médico deberá recabar el oportuno auxilio judicial al Juzgado de Guardia.

Respecto de este último caso, el Juzgado de Instrucción nº 1 de Lérida dictó auto con fecha 13 de diciembre de 2010 acordando autorizar a los médicos una transfusión de sangre al paciente, testigo de Jehová, mayor de edad, quien previamente había firmado un documento de voluntades anticipadas en el que se pronunciaba en contra de la transfusión, pero que en el preciso momento de practicarse tal acto médico, dos años después de firmar el citado documento, presentaba una demencia mixta, degenerativa y vascular. En tal caso el Juez autorizó la transfusión sobre la base de que existía una duda razonable sobre el consentimiento del paciente, sobre su capacidad de consentir en ese preciso momento, y por considerar, asimismo, que no se podrán tener en cuenta dichas voluntades anticipadas cuando incorporen previsiones contrarias a la “lex artis”, argumentando finalmente que la ley prevé, para el supuesto de que el paciente no esté conforme con el tratamiento, el alta voluntaria, en este caso no fue solicitada por el paciente. Posteriormente, el auto de la Audiencia Provincial de Lérida de 25 de enero de 2011 anuló tal decisión sobre la base de que no estaba acreditada tal situación de demencia que le impidiera prestar libremente el consentimiento, y por dar prevalencia al derecho a la libertad religiosa del paciente.

**FUNDAMENTOS ÉTICOS Y DEONTOLÓGICOS
EN TORNO A LA PROHIBICIÓN DE
LAS TRANSFUSIONES DE SANGRE
EN LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ**

Mariano Casado Blanco

Todo asunto que se pueda plantear en la Medicina siempre es preciso analizarlo desde la esfera clínica o asistencial y desde la esfera ética.

Siguiendo el título de este capítulo, lo planteo desde la ética y la deontológica. Es evidente que cualquier asunto médico que se analice ética o deontológicamente conlleva una serie de obligaciones. Por eso y desde esta vertiente trataré de aportar referencias sobre el tema que nos ocupa y sobre todo que puedan resultar útiles a la hora de tomar decisiones asistenciales, con pacientes que poseen estas específicas creencias religiosas.

Siguiendo con lo que en la introducción se indicaba, la ética no puede ser más que un intento voluntarioso de dar razones sobre la incertidumbre, aunque bien es cierto que la incertidumbre existirá siempre. Esto que es muy común en Ética igualmente lo es en Medicina.

En Medicina, no se puede nunca tener la certeza acerca de un diagnóstico o de la aplicación de un tratamiento; se puede tener una proximidad, que estadísticamente tendrá un determinado valor probabilístico, pero certeza de tipo absoluta ¿quien puede tenerla?. Creo que la respuesta es muy sencilla, y que no es otra que "nadie".

Y ello quizás porque la Medicina no es una ciencia exacta, es una ciencia positiva, es decir ciencia que tiene evidencias y tiene datos objetivos, pero no certidumbre. Ahora bien, esta circunstancia, no nos excluye a los médicos de tener que tomar decisiones a veces complejas y no se puede como en ocasiones el cuerpo podría pedirle "salir corriendo" y no tomar decisiones.

Con todo esto lo que quiero indicar es que la análisis o discurso tanto de los temas médicos asistenciales como éticos y deontológicos, de entrada resultan muy difíciles y por ello lo más correcto es saber o tener recursos para actuar por vía de lo prudente y de lo acertado.

Todas las decisiones que se toman en Medicina son circunstanciales, y por ello las decisiones que hoy tomamos o que tomamos ante un caso concreto no tienen que ser normas inamovibles para casos similares, sólo han de ser pautas sobre las que reflexionar para orientar nuestras futuras resoluciones. Los casos han de ser analizados de forma individual, empezando por hacer una relación que incluya problemas, dudas o dilemas que se nos han planteado o incluso que seamos capaces de mostrar.

No hay casos fáciles y no hay normas fáciles de aplicación inmediata y general para casos similares, que se conviertan en acciones aplicables siempre y en todo

lugar. Partimos siempre de casos concretos y las resoluciones se toman con una vía de preferencia hacia, primero, el paciente, pero sin perder de vista que en toda situación en donde hay un marco asistencial, también lo hay de tipo legal, que nos puede llegar a condicionar en gran medida.

Por ello centrando la exposición en el Rechazo a recibir transfusiones de sangre que defienden los TJ, genera compromisos asistenciales, legales y por supuesto éticos que afectan tanto a los principios de beneficencia y no maleficencia, como al de autonomía del sujeto o paciente y al de justicia.

De una forma genérica, es razonable considerar que tanto el principio de beneficencia como el de no maleficencia son aplicables a la esfera de la moral, y que, por tanto, imponer un tratamiento que el sujeto rechaza puede ser un acto maleficente ya que atenta contra su libertad.

El conflicto que se plantea entre la autonomía del paciente y el deber de beneficencia del médico se refleja de forma evidente cuando el paciente rechaza un tratamiento que el médico considera indicado.

En cuanto al respeto a la autonomía de las personas, es un objetivo básico y elemental en los sistemas sanitarios modernos. Esto significa que el paciente debe tener la oportunidad no solo de rechazar el tratamiento que se le propone, sino también de elegir el que considere más adecuado a sus creencias, valores e intereses.

Y por último en cuanto al conflicto que se puede plantear entre la autonomía del paciente y el principio de justicia también resultan evidentes, pues la petición, rechazo o incluso negativa que pudiera plantear un paciente TJ podría resultar desacorde con los criterios de igualdad y justicia distributiva en los que se fundamenta un sistema sanitario como el español. El amparo que algunos quieren encontrar en la autonomía moral no es suficiente como para considerarlo como un derecho a recibir un trato predilecto.

Ahora bien, por otro lado, y haciendo especial referencia al principio de justicia, tampoco éste puede ser considerado de una forma restringida o limitada que pudiera conllevar la imposibilidad del ejercicio del derecho a la libertad ideológica.

Si en nuestro sistema sanitario se llevase hasta las últimas consecuencias la limitación de los recursos y la restricción del gasto, ¿cómo cumpliríamos con el principio de autonomía?, pues seguramente quedaría anulado. Es cierto que toda asistencia debe estar basada en razones de justicia social, pero también debe mostrarse cuidadosa con los valores y creencias de los individuos, de forma que permita en la medida de lo posible un equilibrio o compensación con ellos.

El reflejo de las cuestiones previas, quedan recogidas en el Código de Deontología de la Organización Médica Colegial (OMC) de 2011, cuando establece:

- Artículo 9.1. *“el médico respetará las convicciones de sus pacientes y se abstendrá de imponerles las propias”.*
- Artículo 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”.*
- Artículo 12.3. *“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”.*
- Artículo 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”.*

La relación clínica se puede vivir desde una posición de conflicto, desde una posición de acuerdo, desde una posición de paz entre los implicados e, incluso desde una posición de alianza.

Y esto no es ni bueno ni malo, simplemente se hace todos los días en la práctica clínica asistencial y así se ha realizado siempre a lo largo de la historia de la Medicina.

Todos estos dilemas, reflexiones y debates lo han de hacer aquellos que se encuentran ante el caso concreto y que tienen que actuar inmediatamente o retardar la aplicación de un determinado tratamiento. De ahí que cuando se plantean estos dilemas se puede actuar de diferentes formas y maneras. Y estos es una norma que algunos todavía, quizás porque no han reflexionado lo suficiente, no saben o no se dan cuenta de que es algo que está perfectamente asumido por la sociedad en general y sobre todo por la occidental e incluso por la mayoría de las creencias, incluso la propia Iglesia acepta las restricciones terapéuticas cuando es necesaria.

La gestión de los problemas, parte de los casos concretos, como indicábamos anteriormente, y se resuelven en un primer nivel a través de lo que sería la voluntad expresa del paciente y el deseo de beneficio por excelencia de aquel médico que le atiende. Y en los casos excepcionales, no nos deben hacer perder la perspectiva de que los casos normales son los que deberían marcar la ética de mínimos y el cumplimiento de nuestras normas legales.

No se puede legislar para casos excepcionales o extraordinarios. No porque no existen, sino porque resulta inoportuno, o al menos no resulta prudente ni sería eficaz.

En cuanto a los menores:

- Artículo 14

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

En base a lo anterior y como bien establecen los autores Monés y Terés, ¿qué es lo aconsejable desde el punto de vista ético ante las siguientes cuestiones?

A) ¿QUÉ CONDUCTA SEGUIR ANTE UN SUJETO ADULTO QUE SE NIEGA A RECIBIR TRANSFUSIONES?

- El médico debe asegurarse de la necesidad de la transfusión y, cuando sea posible, seguir pautas alternativas.

- El médico debe informar objetivamente al paciente de las consecuencias negativas para su salud, e incluso para su vida, que pueden derivar de su negativa al tratamiento, así como de los beneficios de aceptarlo; no debe imponer, pero debe hacerlo con ánimo de convencer.

- Una vez consideradas y realizadas estas dos premisas, el médico debe respetar el derecho del sujeto a rechazar el tratamiento de la transfusión.

Siempre que no haya una demostración inequívoca de la negativa del sujeto, se debe actuar bajo el principio de beneficencia, es decir, debe administrarse el tratamiento prescrito.

- ¿No es falta ética respetar una decisión que puede costar la vida? Rotundamente no, siempre que se cumplan las siguientes condiciones:

- Demostración inequívoca de la voluntad del sujeto. Una forma muy recomendable es el documento de voluntades anticipadas realizado con anterioridad (en el que se indique la negativa a recibir sangre) o la firma del consentimiento informado (en el que se contemple la aceptación de los riesgos derivados de la intervención y de su negativa a la transfusión).

- Seguridad de que el sujeto tiene una comprensión lúcida de las consecuencias de su decisión.

- Seguridad, mediante una entrevista a solas con el sujeto, de que la negativa a la transfusión viene directamente de él y no hay intervención de terceros.

B) ¿QUÉ HACER ANTE UN NIÑO QUE NECESITA TRANSFUSIÓN Y ÉL, SUS PADRES O AMBOS SE NIEGAN?

La reposición de sangre se debe realizar incluso contra la opinión de los padres y del niño. Es conveniente que el médico pida la complicidad judicial y que comunique a la familia su decisión de transfundir. A pesar de esto, el médico debe considerar que imponer un tratamiento a un menor puede condicionar efectos emocionales negativos.

Queda el interrogante del menor emancipado o mayor de 16 años y del llamado “menor maduro”, es decir, aquél con capacidad de comprender lo que decide. En estos casos y con el consenso de padres o vinculados responsables y médicos (es conveniente consultar al Comité de Ética Asistencial del hospital), desde el punto de vista ético puede no realizarse la transfusión necesaria.

**CUESTIONES MÉDICO LEGALES
ANTE EL RECHAZO AL TRATAMIENTO
MANIFESTADO POR
LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ**

Mariano Casado Blanco

GENERALIDADES:

Como ya se ha puesto de manifiesto anteriormente, las situaciones que se plantean con este tipo de pacientes, siguen suscitando multitud de interrogantes de todo tipo tanto a los médicos, como a los profesionales del mundo judicial (fiscales, jueces, abogados...) e incluso, a los propios pacientes o a sus familiares.

Es por ello que resulta imprescindible contar con ciertos principios de actuación, con el objeto de que los profesionales sanitarios y específicamente los médicos que se hallan ante una situación como la descrita (o análoga a la misma), puedan orientarse acerca de lo que pueden o deben hacer o, en su caso, abstenerse de hacer.

Para ello es preciso, en primer lugar, enmarcar el supuesto concreto de las transfusiones de sangre en un contexto amplio o general y concretamente dentro de la denominada intervención médica a que hace referencia la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, denominada coloquialmente “Ley de Autonomía del Paciente” (LAP), en su artículo 3, dentro de las definiciones legales y que entiende como: *toda actuación realizada con fines preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores o de investigación.*

El cuerpo normativo a aplicar (y a interpretar) en estos supuestos se constituye, básicamente, por las siguientes disposiciones:

- La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril), prácticamente hoy derogada en su totalidad, establecía el reconocimiento a rechazar cualquier tratamiento así como la necesidad del consentimiento informado para tratamientos con riesgo. En base a ello, el Testigo de Jehová adulto se le reconoce el derecho a rechazar una transfusión de sangre del mismo modo que puede rechazar cualquier otro tipo de acto médico para el cual no de su consentimiento. Dadas las características de la transfusión, por su carácter invasivo, el médico adquiere la obligación de pedir consentimiento para dicho acto y que el paciente Testigo de Jehová no dará, con lo cual el médico se encuentra legalmente autorizado a no transfundir.

- Convenio sobre Derechos Humanos y la Biomedicina de 1997 (Convenio de Oviedo) y que tras su aceptación por España en el año 2000, adopta un carácter vinculante. En éste sentido el artículo 5 del citado texto indica que: *“se consagra el principio de autonomía, frente al de beneficencia, erigiendo al individuo como máximo responsable en las decisiones que afecten a su salud”, y en el artículo 9: “se tomarán en consideración los deseos expresados con anterioridad por las personas [...] a no ser que la evolución técnica la hagan anacrónica”.*

- 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 (Ley de Autonomía del Paciente, LAP) y su referente en la Comunidad Autónoma de Extremadura, la Ley 3/2005, de 8 de julio, de Información sanitaria y autonomía del paciente.

c) Artículo 2. Principios básicos.

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

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”.*

d) Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

2. *“La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad”.*

e) Artículo 9. Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

“Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos.

Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.

Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente”.

f) Artículo 21. El alta del paciente.

1. *“En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.*

El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas”.

2. *“En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión”.*

- Ley Orgánica 7/1980, de 5 de julio, de Libertad Religiosa.

- g) Artículo tercero. Uno. *“El ejercicio de los derechos dimanantes de la libertad religiosa y de culto tiene como único límite la protección del derecho de los demás al ejercicio de sus libertades públicas y derechos fundamentales, así como la salvaguardia de la seguridad, de la salud y de la moralidad pública, elementos constitutivos del orden público protegido por la Ley en el ámbito de una sociedad democrática”.*

En base a lo hasta ahora expuesto, diferentes cuestiones es preciso tener presente en estos casos de conflictos:

1. INFORMACIÓN:

La información al paciente de forma general y como bien indica el Código de Deontología Médica, *“no es un acto burocrático sino un acto clínico”* y por tanto hay que considerarla como parte integrante del modelo de relación clínica, que debe estar considerada como un proceso interactivo y comunicativo. De ahí que ante cualquier posible dilema que se pueda plantear, ante la asistencia a un determinado paciente, la información al paciente resulta esencial.

La LAP, de forma específica y más concretamente los artículos 4 y 5 los dedica a la regulación del derecho a la información, específicamente cuando se trata del paciente y dejando el artículo 6, para establecer este derecho, de forma genérica a todos los ciudadanos, con independencia de que sean o no pacientes (información epidemiológica).

Diferentes cuestiones deben tener presente los médicos y resto de profesionales sanitarios con respecto a este derecho a la información ante el paciente TJ:

- a- Titularidad del derecho a la información.
- b- Límites del derecho a la información.

c- Obligación del cumplimiento del derecho a la información.

d- Formas de cumplimiento del derecho a la información.

a- Titularidad del derecho a la información:

El sujeto activo y por tanto titular del derecho es el propio paciente TJ, siempre y cuando esté en condiciones psíquicas de razonar, deliberar, argumentar y en definitiva de comprender el alcance de su proceso y su situación clínica.

Es muy importante recordar que esta información, siempre veraz, debe adaptarse al paciente, según su edad, nivel cultural, estado de salud y otras circunstancias personales, pues la base de la comunicación entre el médico y el paciente y en la medida en que estas peculiaridades se cumplen, la calidad de la relación médico-paciente mejorará.

Del mismo modo, la información al paciente, se extiende a otras personas con posibilidad de pronunciarse válidamente, y así se establece que *“también serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita”*, lo cual no conlleva una modificación de la titularidad, sino que se hace extensible, siempre y cuando el paciente lo admita e indicando la persona o personas de su confianza con las cuales desea compartir la información asistencial y que le pueda ayudar a tomar decisiones.

Por ello y de forma esquemática podemos establecer las siguientes posibilidades en cuanto a la titularidad de la información:

- al Paciente.
- al Representante legal.
- a las Personas vinculadas:
 - por razones familiares.
 - por razones de hecho.

b- Límites del derecho a la información:

Tres circunstancias nos establece la Ley y por tanto aplicables al tema que estamos exponiendo y que trataremos de desarrollar a continuación.

Cualquier persona, por el hecho de serlo y desde su nacimiento, tiene *“capacidad jurídica”*, la cual únicamente se pierde con la muerte, y por tanto la posee toda persona

con independencia de su edad, estado civil, sexo, ideología y de su salud mental y física. En virtud de esta capacidad jurídica, todas las personas, incluyendo a las afectadas por una incapacidad, pueden ser titulares de derechos y obligaciones, y ser sujetos de las relaciones jurídicas. Sin embargo, para ejercitar estos derechos y cumplir con sus obligaciones es necesario un “algo más”, es lo que conocemos como “*capacidad de obrar*”.

Ahora bien, a diferencia de la capacidad jurídica, esta “*capacidad de obrar*” no es genérica pues se establecen dos tipos o formas; “*capacidad (de obrar) legal o de derecho*” y “*capacidad (de obrar) de hecho*”. Esta segunda es la que ahora nos interesa, pues es la que hace referencia a las aptitudes psicológicas internas que permiten a una persona gobernar de un modo efectivo su vida, de tal modo que concluyamos que sus decisiones son auténticas, es decir, que son reflejo adecuado de su propia personalidad y de su autonomía moral.

Si por determinadas cuestiones una persona se viera mermada o incluso anulada en esta “*capacidad de hecho*”, implicaría directamente una serie de consecuencias en la esfera de su capacidad de derecho.

Este esquema trasladado a la situación en que un paciente TJ no esté en condiciones de recibir información o de poder emitir su consentimiento, por él mismo, ante una *intervención médica*, conllevará a que el médico deba tener presente que además del paciente, hay otra persona implicada en esa toma de decisiones, que es la que se conoce como “*representante legal*” del paciente y por tanto tras recibir la correspondiente información el consentimiento será dado por lo que se conoce como “*consentimiento por representación*”.

Básicamente la figura del “*representante legal*”, tal y como establece la LAP, contempla su participación en tres supuestos: paciente “*incapaz*”, paciente “*incapacitado*” y paciente “*menor*”, que traducido a la práctica clínica se equiparan con: a) el paciente en estado de inconsciencia, b) el paciente que padece un trastorno mental que le impide, en el momento de ser informado acerca de una *intervención médica*, comprender la información y dar un consentimiento válido y c) los menores de edad, por su falta de madurez intelectual y volitiva.

Haremos una breve valoración de esto:

A) “**Paciente incapaz**”; es aquel que no tiene en un momento determinado y específico “*capacidad de hecho*”, y como consecuencia de ello pierde transitoriamente su “*capacidad de derecho*”. Múltiples situaciones pueden ser generadoras de esta situación, por ejemplo un paciente bajo los efectos de la anestesia o un paciente con una importante intoxicación etílica o una disminución del nivel de conciencia como resultado, por ejemplo, de un traumatismo craneoencefálico.

Estos son pacientes, que no se encuentran incapacitados judicialmente pero que sí presentan una discapacidad (*paciente que no sea capaz de tomar decisiones*), entran dentro del radio de acción del “*consentimiento por representación*”. La determinación acerca de la existencia o no de la discapacidad, recae sobre el médico responsable. De esta forma, el “*consentimiento por representación*” lo otorgarán, bien las personas vinculadas con el paciente por razones familiares, bien las personas vinculadas con el mismo por razones de hecho.

B) “**Paciente incapacitado**”, en este caso, el paciente sí se encuentra incapacitado judicialmente, es decir por medio de una sentencia judicial, que determina el alcance de dicha incapacitación. Y esta lo es como consecuencia de presentar un proceso de carácter permanente que conlleva a una disminución de forma habitual y no meramente circunstancial de su capacidad de hecho, perdiendo de esta forma su capacidad de derecho o legal. Por ejemplo un cuadro de demencia, de retraso mental profundo,...

Dentro de este grupo se hace preciso diferenciar entre aquellos pacientes que tienen su “*capacidad de obrar*” judicialmente modificada por sentencia judicial y aquellos otros que, pese a estar incurso en causa de incapacitación, se hallan huérfanos de aquel pronunciamiento judicial.

En cuanto a los primeros la LAP señala que el “*consentimiento por representación*” se utiliza cuando el paciente se halla judicialmente incapacitado. Y aunque el pronunciamiento legal es tajante, es preciso realizar una serie de matizaciones a la misma.

Un procedimiento de modificación de la capacidad de obrar (incapacitación) puede desembocar en sentencias judiciales de distinto contenido, y siempre teniendo en cuenta tanto las habilidades como las destrezas que la persona tenga afectadas.

Básicamente, la modificación de la capacidad (incapacitación) lo puede ser tanto en extensión como en profundidad. De tal modo y siguiendo el esquema de Martín Gómez que se expondrá en el capítulo siguiente, nos surgen cuatro posibilidades básicas, que son:

- 1.-Afectación de todas las destrezas y en profundidad.
- 2.-Afectación de todas las destrezas, pero superficialmente.
- 3.-Afectación de parte de las destrezas, pero en profundidad.
 - a. con inclusión de las habilidades sobre la salud.
 - b. con exclusión de las habilidades sobre la salud

4.-Afectación de parte de las destrezas pero superficialmente.

- a. con inclusión de las habilidades sobre la salud.
- b. con exclusión de las habilidades sobre la salud.

La primera posibilidad (*afectación de todas las destrezas y en profundidad*), da lugar a una sentencia de incapacitación total y conlleva el nombramiento de un “tutor”, el cual actuará en lugar de la persona incapacitada (*“representante legal”*) en todos los ámbitos de la misma.

Las tres posibilidades restantes, dan lugar a sentencias de incapacitación parcial, pero de diverso contenido; así, en tanto la tercera posibilidad (*afectación de parte de las destrezas, pero en profundidad*) desemboca en el nombramiento de un “tutor” (en relación sólo a las destrezas afectadas), la segunda y la cuarta (afectación de todas/de partes de las destrezas, pero superficialmente) desembocan en el nombramiento de un “curador”, el cual en ningún caso es el “representante legal” de la persona cuya capacidad de obrar se ha modificado parcialmente, sino que meramente se limita a complementar la capacidad de ésta.

De otra parte, dentro de las destrezas que cualquier persona tiene que ejercitar a lo largo de su vida, existe un grupo específico constituido por las habilidades sobre la salud, que son las que ahora nos interesan.

Teniendo en cuenta todos los componentes acabados de referir, cabe ahora realizar un pronunciamiento matizado en relación con el contexto literal de la LAP al principio señalado. Este pronunciamiento lo es en el siguiente sentido:

Se activará el “*consentimiento por representación*” sólo cuando estemos en presencia de una incapacitación total (*todas las destrezas en profundidad*) o de una incapacitación parcial ligada a las habilidades sobre la salud de una forma plena o profunda.

En ambos casos el “*consentimiento por representación*” lo otorgará el tutor en cuanto “representante legal” de la persona con capacidad de obrar modificada.

Los supuestos de incapacitación parcial, plena o profunda o limitada o superficial, ajena las habilidades sobre la salud estarían excluidos del “*consentimiento por representación*” dado que dichas habilidades ha quedado intactas.

Los supuestos de incapacitación parcial en que las habilidades sobre la salud están afectadas pero de manera limitada o superficial, tampoco entrarían dentro del abanico de posibilidades del “*consentimiento por representación*”, toda vez que el *curador* nombrado nunca puede sustituir el consentimiento de la persona par-

cialmente incapacitada, al conservar ésta, siquiera sea parcialmente, sus capacidades (habilidades sobre la salud), sino que se limita a complementar el mismo, siendo aquí donde, en todo caso, el mecanismo complementario/suplementario de las opiniones consultadas (en este caso del curador) puede jugar una baza importante.

C) **“menores de edad”**, al hablar de menores se deben establecer 3 posibilidades:

1.- **menores de 12 años**, en estos casos es preciso poner en funcionamiento el “consentimiento por representación”, ya que respecto de estos rige una presunción de inmadurez.

2.- **mayores de 12 años y menores de 16 años**, igualmente es preciso activar el **“consentimiento por representación”** siempre y cuando éstos **carezcan de capacidad**, tanto intelectual como emocional, para comprender el alcance de la intervención y por el contrario no se activará si dichos menores ostentan dicha capacidad de comprensión.

Ahora bien la cuestión es el determinar, *quién y cómo* se determina cuándo un menor de entre 12 y 16 años está en posesión o no de dicha capacidad.

A este respecto la LAP indica que la persona legitimada para tomar esta decisión de si ostenta o no la capacidad de comprender el alcance de la información y/o intervención, es el **“médico responsable”** de la misma.

Inmediatamente, surge la siguiente cuestión: ¿con arreglo a qué o cuales criterios, se establece la capacidad?. A éste respecto, la ley guarda silencio sobre el particular. Ante este silencio legal, ¿qué puede decirse sobre el criterio a utilizar para la toma de una decisión fundada?. La respuesta es simple y únicamente se pueden seguir dos principios de actuación, que serían:

a) a mayor entidad de la intervención, menor presunción de capacidad; esto es, cuanto mayores riesgos contenga una intervención y cuanto más importantes sean las consecuencias de la misma (o de su ausencia), habrá que presumir una menor capacidad en el menor para entender la relevancia de la misma.

b) por vía hipotética podría aplicarse, así mismo, el criterio del **“alta voluntaria”**, formulado de la siguiente manera:

Si el menor se niega a la intervención, ¿podría firmar un **“alta voluntaria”** en las mismas condiciones de comprensión que un adulto? Si la respuesta es negativa, habrá que concluir, en el mismo sentido, que el menor tampoco está en condiciones de comprender el alcance de la intervención.

3.- **mayores de 16 años y menores de 18 años**, en estos casos, la Ley **excluye** ex-

presamente la posibilidad de **“consentimiento por representación”**, ya que en este caso rige una presunción de madurez del menor, con independencia de que esté o no emancipado.

Sin embargo, el legislador, en este caso, tampoco se siente enteramente seguro de la madurez del menor, introduciendo uno de los mecanismos complementarios del **“consentimiento por representación”**, indicando que habrá de tenerse en cuenta, **en caso de riesgo grave, la opinión de los padres del menor.**

¿Cómo relacionar la exclusión del **“consentimiento por representación”** con la necesidad de tomar en consideración la opinión de los padres? ¿Qué ocurre en el supuesto de que las voluntades del menor y de los padres sean contrapuestas?

Quizá aquí lo que el legislador ha tratado de introducir es una excepción a la exclusión del **“consentimiento por representación”**, en el sentido de que, en situaciones de riesgo grave, la opinión de los padres se sobrepone a la del menor, en la hipótesis de que éste se niegue a la práctica de la intervención.

Este texto nos indica que es el propio **“médico responsable”** del proceso asistencial, quien valorando las circunstancias habrá de emitir un juicio acerca de la capacidad del paciente y si este está en condiciones de ser informado y consecuentemente decidir o consentir. Implica ello, que hay que evaluar si el paciente es capaz de comunicarse, de entender, de razonar y de tomar una decisión. Todo esto exige que el médico aplique una serie de cuestiones básicas, como son el manejo de la palabra, el uso del tiempo y la utilización de la paciencia, puesto que esta información variará con respecto a cada paciente, en cuanto a las características personales como a las necesidades de cada paciente concreto.

Cuando se dan estas circunstancias nos encontramos con una titularidad al derecho a la información que podríamos considerar como compartida, ya que este derecho corresponde por igual al propio paciente (de forma adecuada a sus posibilidades de comprensión) y al **“representante legal”**.

E igualmente resulta interesante añadir o tener en cuenta otro supuesto que igualmente limita el derecho a la información, y es el denominado **“estado de necesidad terapéutica”** que establece el artículo 5.4 de LAP ; **“el derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave”**.

Nuevamente aparece el médico en una situación algo problemática al tener que establecer o calificar con determinados criterios, no siempre objetivos, el denominado *“estado de necesidad terapéutica”*.

Desde el punto de vista legal, la situación se aclara siempre que el propio médico establezca el diagnóstico de *“estado de necesidad”*, siguiendo los cánones que establece la *lex artis*. Pero desde el punto de vista ético se nos plantea un verdadero dilema.

En este tema colisionan el derecho del enfermo a conocer la verdad por la angustia que le puede producir la incertidumbre y el derecho del enfermo a la no información, al poder tener la seguridad de que va a recibir la información con una carga importante de ansiedad que le podría causar mayor daño.

En estas situaciones aparece un tercer elemento importante como es la familia, la cual se erige con una supuesta titularidad con respecto al derecho a la información asistencial, que en muchas ocasiones resulta más perjudicial que beneficiosa y que interfiere en el curso asistencial.

A éste respecto el Código de Deontología Médica, en el capítulo de *“Relaciones del médico con sus pacientes”*, indica en su artículo 12 que: *“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...”*

Y el artículo 13.3 *“El médico tomará decisiones que considere adecuadas cuando se de una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no sea posible conseguir su consentimiento...”*. Vemos como la excepción al consentimiento que se considera, desde la perspectiva deontológica, es la situación de riesgo inmediato y grave; es decir, cuando no se puede perder tiempo en dar información al paciente y/o sus familiares porque este tiempo es precioso para intervenir y tratar al paciente con las medidas que la ciencia aconseje para la curación o mejoría del paciente.

La creencia general de los médicos de poder intervenir sin consentimiento del paciente y/o de los familiares en situaciones de urgencia se vio alterada por la Sentencia 37/2011, de 28 de marzo (BOE nº 101 de 28 de abril de 2011) de la Sala Segunda de Tribunal Constitucional.

En esta Sentencia, el Tribunal Constitucional analizó una determinada situación y llegó a la conclusión de que el tribunal de Primera Instancia que lo juzgó apreciaba

“urgencia relativa”, para exonerar de culpa a los profesionales; sin embargo, el Tribunal Constitucional dice que precisamente esa expresión es contraria a la urgencia inmediata y grave, significando precisamente la carencia de la misma que debe existir para poder prescindir del consentimiento. Al referirse a la Sentencia de la Audiencia provincial, esta recoge la existencia de “riesgo vital”, lo que según el Tribunal Constitucional en ningún caso se analizó y se llegó a justificar.

Se vuelve a insistir, como antes lo ha hecho el Tribunal Supremo en varias sentencias, que el paciente tiene derecho a recibir la información necesaria y suficiente para poder tomar sus propias decisiones sobre la aceptación o rechazo de la actuación médica.

c- Obligación del cumplimiento del derecho a la información.

Como ya se ha indicado anteriormente, el responsable de facilitar la información queda taxativamente regulada en la LAP, y más concretamente en su artículo 4.3, *“el médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”*.

Se introduce aquí el concepto de *“médico responsable”*, que la propia Ley define como *“el profesional que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales”*.

Se trata de una figura elemental, pues es la que ha de mantener una relación continuada con el paciente y por tanto su identidad debe ser conocida por este. De ahí que el Código de Deontología indique que *“Un elemento esencial de la información es dar a conocer al paciente o a sus allegados la identidad del médico responsable de su proceso asistencial, así como la de aquel que en cada momento le preste asistencia”*, por ello y con independencia tanto del lugar como del tipo de ejercicio profesional en que se lleve a cabo la asistencia, el médico debe presentarse al paciente TJ para que éste conozca la identidad de quien le presta asistencia.

d- Formas de cumplimiento del derecho a la información.

De forma genérica, la comunicación con los pacientes TJ debe ser tan importante como el saber y la aplicación técnica de la propia medicina. Habitualmente tanto el médico como el resto de profesionales sanitarios están dotados de capacidades su-

ficientes que les permiten adaptarse a diferentes circunstancias y situaciones en los diferentes ámbitos de la vida. De ahí que en la relación médico-paciente se deba clarificar mucho más. No podemos olvidar que a la hora de informar, el paciente TJ, con independencia de su inteligencia y de su situación personal, cultural o económica, no es una persona que tenga conocimientos médicos.

Estos principios aparecen reflejados en el artículo 4 de la LAP, cuando se establece que normalmente, la información se facilita de forma verbal, a excepción de determinados casos, que se deberán plasmar por escrito. Además, debe facilitarse con antelación para que el paciente TJ tenga tiempo suficiente para poder reflexionar, estableciéndose en todo caso al menos 24 horas antes del procedimiento correspondiente, quedando fuera de éste precepto las actividades urgentes o que no requieran hospitalización.

Resulta obvio, pero la información debe ser *comprensible, continuada, veraz, razonable y suficiente* además de estar determinada por su objetividad, especificidad y adecuación al procedimiento específico, explicando lo esencial y evitando excesivos detalles. Y como indicábamos anteriormente adaptado a la capacidad de comprensión y al estado psicológico del paciente TJ o de la persona que reciba la información. En cualquier información sanitaria debe incluirse:

- Identificación y descripción del procedimiento.
- Objetivo del mismo.
- Beneficios que se esperan alcanzar.
- Alternativas razonables, a dicho procedimiento.
- Consecuencias previsibles de su realización.
- Consecuencias previsibles de la no realización o aplicación.
- Riesgos frecuentes.
- Riesgos poco frecuentes, cuando sean de especial gravedad y estén asociados al procedimiento por criterios científicos.
- Riesgos y consecuencias en función de la situación clínica personal del paciente y con sus circunstancias personales o profesionales.
- Contraindicaciones.
- Es aconsejable advertir acerca de si los procedimientos que se van a aplicar lo son de carácter experimental, se encuentran en proceso de validación científica o pueden ser utilizados en un proyecto docente o de investigación.

Especial interés puede tener el término de información sobre los riesgos inherentes o que se pueden producir como consecuencia de una prueba diagnóstica o tras la aplicación de un tratamiento. De ahí que se deban distinguir entre “*riesgos típicos*” de los “*atípicos*”.

Por “*riesgos típicos*”, podemos incluir aquellos que conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia médica, en mayor proporción o porcentaje pueden darse en cada actuación médica y que resulten importantes o relevantes para cada caso específico. Por su parte “*riesgos atípicos*” serán aquellos que aparecen de forma infrecuente, de forma excepcional o incluso imprevisibles. Aunque desde un punto puramente práctico la decisión acerca de la cantidad de información que se debe facilitar al paciente TJ, queda a criterio del médico, siguiendo determinados factores como pueden ser las circunstancias concretas del caso e incluso el nivel de formación del propio paciente TJ.

Nuevamente se hace preciso recordar que la renuncia a recibir información es un derecho del propio paciente, pero esta circunstancia debe quedar expresada, de forma clara, por escrito. Del mismo modo y una vez facilitada la información cabe la negativa, del propio paciente, a recibir un determinado procedimiento médico. En estos casos, el “*médico responsable*” de su aplicación debe informar, al paciente TJ o representante legal, acerca de otras posibles alternativas existentes y, en su caso, ofertar éstos cuando estén disponibles, aunque tengan carácter paliativo, sin olvidar que todo ello debe quedar adecuadamente documentado en la historia clínica.

Si por el contrario, no existen procedimientos alternativos disponibles o son rechazados todos ellos por el paciente TJ o su representante, se debe proponer la firma del documento de alta voluntaria.

Información respecto al Tratamiento:

Con todo lo expuesto anteriormente es evidente que tanto legal como ética y deontológicamente, el médico debe informar al paciente TJ acerca de determinadas peculiaridades antes de la aplicación de un determinado tratamiento para que de esta forma, el paciente TJ, pueda decidir sobre su aceptación o rechazo, con las excepciones establecidas en la ley. Por ello es aconsejable que la información sea facilitada en privado y siempre garantizando el respeto y la confidencialidad de su decisión.

Pero yendo un poco más allá, la relación comunicativa que se debe establecer entre el médico y su paciente TJ no debe quedarse únicamente en la explicación aportada por parte del médico respecto al tratamiento, sino que debe ser algo más,

ya que la información hay que considerarla como una exigencia específica en referencia a un tratamiento óptimo, es lo que se conoce como “*información terapéutica*”, que en definitiva no es más que la información que ha de aportar el médico al paciente TJ dentro del contexto de un tratamiento médico o dicho con otras palabras es la obligación que tiene el médico de informar al paciente TJ en referencia a las necesidades de un tratamiento concreto.

De esta forma el “*deber de información terapéutico*” constituye una verdadera exigencia que debemos encuadrar dentro de la “*lex artis*” como compromiso deontológico estableciéndose que “*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*” (art. 12.1 del Código de Deontología Médica).

En base a ello, la “*información terapéutica*” que de forma obligatoria debe ser facilitada al paciente debe contener una serie de especificaciones:

1. La información terapéutica se ha de comunicar preferentemente al paciente TJ, informando sobre los posibles efectos secundarios que se pueden derivar del tratamiento, en cuestiones como información acerca de la dosis, incompatibilidades y efectos secundarios.

2. En caso de prescripción de tratamientos farmacológicos que pudieran modificar las facultades para conducir vehículos a motor, el médico debe informar al paciente TJ sobre tal circunstancia.

3. Si existe una negativa por parte del paciente a someterse a una intervención de diagnóstico o terapéutica necesaria, el médico debe informar al paciente TJ acerca de los riesgos que supone tal negativa e informarle sobre las consecuencias derivadas de su no aplicación en el momento preciso.

4. En cuanto a la extensión de la obligación de información terapéutica, en principio se puede considerar como válida la información dada anteriormente para un tratamiento similar. El alcance de la información dependerá especialmente de la gravedad de los efectos potenciales del tratamiento o de los efectos secundarios.

Excepciones a la obligación de información terapéutica

La importancia primordial de la “*información terapéutica*” se encuentra en determinar si es preciso que el médico informe siempre y en todo momento al paciente

TJ, o si existen supuestos en los que puede prescindir total o parcialmente de esta información. A este respecto el Código de Deontología indica que *“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”* (art. 12.2). Los dilemas suelen surgir en aquellos casos en los que es necesaria una concreta información para posibilitar al paciente TJ la óptima realización de un tratamiento, pero como consecuencia de tal comunicación existe la probabilidad de que se produzcan daños en su salud, especialmente en la de carácter psíquico, por alteraciones de tipo emocional.

En estos casos se produce un conflicto entre dos obligaciones del médico: la obligación de proporcionar la información necesaria para el tratamiento adecuado del paciente TJ, y la obligación de no causar ninguna lesión en su salud. La solución de estos casos está en función de la cantidad de información necesaria para que el paciente adopte las medidas adecuadas tendentes a conseguir un tratamiento óptimo de su padecimiento.

2.- Consentimiento:

Una vez efectuada la adecuada Información, el paciente TJ estará en disposición de dar su Consentimiento. Así queda recogido en las leyes que regulan la autonomía del paciente, indicando que el Consentimiento es la conformidad expresada por el paciente y la regla general en materia de intervenciones médicas es la de que éstas necesitan, para su implantación, del consentimiento *del paciente*, que, además, ha de ser *previo* a la propia intervención, *libre e informado*.

Este consentimiento incluye el derecho del paciente TJ a negarse a recibir el tratamiento (vertiente negativa del consentimiento). A su vez, este derecho de negativa se corresponde, por su parte, con la obligación correlativa del *médico responsable*, en palabras de la LAP, de respetar la decisión adoptada, libre y voluntariamente, por el paciente.

Aparece aquí la Primera Regla a tener en cuenta en relación al Consentimiento:

- 1.- la negativa al tratamiento, es un derecho del paciente TJ.
- 2.- y es una obligación del médico el respetar la decisión adoptada por el paciente TJ (respeto a la autonomía del paciente).

En el contexto de una relación clínica completa, libre y respetuosa, la opción válida será respetar la decisión del paciente TJ, 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 la pérdida de las mismas. El paciente TJ y el médico deberán entonces firmar el Documento de “*Consentimiento Informado para procesos, sin empleo de hemoderivados*” (Documento que se adjunta al final de este documento), además del Documento de Consentimiento Informado habitual del procedimiento correspondiente. Siempre se dejará constancia en la Historia Clínica de las acciones, conversaciones y compromisos a que se llegue con el paciente TJ.

Por otro lado no se puede imponer a los profesionales la conformidad completa con la decisión del paciente TJ. La obligación de respetar la decisión del paciente en función de sus creencias puede tener sus límites. Ante situaciones extremas, como cuando está en peligro la vida del enfermo si no se transfunde, el médico puede ejercer la objeción de conciencia, pero debe informar al paciente TJ de su derecho a cambiar de equipo médico o a ser remitido a otro centro. El médico puede objetar en conciencia sólo 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 se abandonará al paciente. Como siempre, todo deberá documentarse en la Historia Clínica.

**CUESTIONES PRÁCTICAS A TENER EN
CUENTA ANTE EL RECHAZO MANIFESTADO
POR LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ
PARA SER TRANSFUNDIDOS**

Miguel Martín Gómez

En la práctica, y con respecto al Consentimiento, se admiten una serie de modulaciones o **EXCEPCIONES**, que podrían formularse de la siguiente manera y que son contempladas en la Ley:

1.- El consentimiento NO INFORMADO.

Consiste en la renuncia del paciente a la información que se le ofrece por parte del médico responsable (art. 9.1 de LAP). El paciente, en calidad de tal, cuenta con la posibilidad de consentir sin necesidad de ser informado. Esta opción, que tiene como límites el interés de la salud del paciente, de terceras personas, de la sociedad o exigencias terapéuticas del caso, es precisa o hasta obligada el que quede debidamente documentado, en la historia clínica.

2.- El consentimiento POR REPRESENTACIÓN.

El consentimiento informado ha de ser prestado por el propio paciente; sin embargo las leyes, tanto estatal como autonómicas, arbitran una serie de mecanismos que permiten que, en determinados supuestos, el consentimiento se preste (o se deniegue), no por el paciente, sino por otras personas, es lo que se conoce como “*consentimiento por representación*”, como ya ha quedado expuesto en el apartado de la información y sus posibles supuestos.

Debe quedar debidamente acreditado quien es el representante del paciente, para evitar posibles presiones externas, que se pudieran ejercer sobre el paciente, lo que haría inválido el proceso de consentimiento.

3.- Las intervenciones CONTRA o SIN el consentimiento del paciente.

Estas podemos indicar que son las verdaderas situaciones de conflicto, cuya característica definidora es que prescinden del consentimiento del paciente (o de su representante), tales como “...*en situaciones de urgencia (imposibilidad de obtener el consentimiento)/...en los casos determinados en la ley (e imposibilidad de conseguir la autorización)*”, según se recoge en la LAP.

Los parámetros a tomar en consideración para ofrecer propuestas de solución vienen marcados por:

a) el paciente, que no consiente acerca de una determinada intervención tras la oportuna información, bien porque se manifiesta de forma expresa en contra,

bien porque no pueda expresar su voluntad. Por tanto podemos considerar cuatro situaciones:

- a) que el **paciente** sea **mayor de edad**, capaz (sin discapacidad) y cuyo estado le permite un pronunciamiento actual sobre la situación. (capaz)
- b) que sean **pacientes menores de edad**.
- c) que sean **pacientes** con modificación de la capacidad determinada judicialmente (**incapacitado**).
- d) que sean **pacientes** imposibilitados de prestar un consentimiento actual, es decir con la capacidad modificada pero no judicialmente (**incapaz**).

La resolución de cada caso, se efectúa superponiendo lo referido en el capítulo anterior, en el apartado de la Información.

b) La existencia o no de “representantes” en sentido amplio, inclusiva de las personas vinculadas y (en el primer caso) su decisión diferenciada (respecto de la del paciente).

En este contexto se parte de la base de que el paciente es una persona que precisa de una representación y por tanto nos encontramos en el campo del “*consentimiento por representación*”. Desde ahí es posible distinguir dos hipótesis:

-¿Qué ocurre si la voluntad del paciente y la del representante/persona vinculada no son coincidentes sino contrapuestas? (supuestos de pluralidad de voluntades “cruzadas”).

-¿Qué ocurre en los supuestos en que, precisando el paciente de un representante o persona vinculada, ésta no existe? (supuestos de inexistencia de representante/persona vinculada).

c) La situación de riesgo/urgencia. En la LAP (art.9.2) establece la posibilidad de actuar al margen de la voluntad del paciente ante situaciones de riesgo para la salud, distinguiéndose los siguientes supuestos:

- Salud Pública. *Existencia de riesgo para a salud pública, a causa de razones sanitarias establecidas por la ley.*
- Salud Privada. *Situaciones de urgencia/existencia de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo.*

Dentro de las situaciones de riesgo para la salud del paciente, cabe diferenciar, entre aquellas en las que el “*riesgo no es grave*”, de aquéllas en las que “*sí existe riesgo grave*”; a su vez, dentro de estas últimas, cuando el riesgo sea *inmediato/inminente* (situación de urgencia/emergencia) o cuando *no sea inmediato*.

Las situaciones en las que un médico se puede enfrentar al rechazo de un tratamiento por un TJ son muy variadas, en las que resulta imprescindible el conjugar los tres parámetros mencionados anteriormente y que dará lugar a los siguientes grupos de **SITUACIONES PRÁCTICAS**:

- 1.- Oposición Simple.
- 2.- Voluntades cruzadas.

1.- OPOSICIÓN SIMPLE: Se trata de intervenciones CONTRA la voluntad del paciente o del representante/persona vinculada. Se pueden presentar diferentes supuestos:

1.1. Oposición de un PACIENTE MAYOR DE EDAD, CAPAZ Y EN ESTADO DE MANIFESTAR SU VOLUNTAD (PACIENTE NO NECESITADO DE REPRESENTACIÓN) (supuesto prototípico).

- Si se trata de un supuesto caso **GRAVE pero NO INMEDIATO**, será de aplicación la regla general de no intervención, teniendo en cuenta el consentimiento denegado del propio paciente.

Lo anterior no significa que el “*médico responsable*” deba quedarse pasivo, debiendo simultanear la abstención de intervención, con la aplicación del régimen de alta voluntaria/forzosa, para lo cual en primer lugar, al paciente se le ofrece el “*alta voluntaria*”; en el supuesto de que el mismo se niegue a firmarla, el centro donde se encuentre le ofrecerá los tratamientos alternativos al rechazado con que cuente.

En este punto la LAP introduce una matización muy importante, al añadir la expresión “*...aunque sean paliativos...*”; si el paciente los rechaza o si el centro no cuenta con los mismos, se formalizará el alta forzosa; finalmente, en el supuesto de que el paciente se niegue a aceptar el “*alta forzosa*”, el médico deberá notificar o acudir al Juez, para que el mismo dicte la resolución que proceda, resolviendo así la cuestión.

En el caso de que los tratamientos alternativos (aunque sean paliativos) estén disponibles en otro centro sanitario, cabría (si ello fuera posible) la derivación a este otro centro.

- Si se trata de un supuesto **CASO GRAVE y ADEMÁS INMEDIATO**, la actuación correcta será la intervención o actuación clínica, por parte del médico, de carácter indispensable a favor de la salud del paciente.

1.2. Oposición de un PACIENTE, NECESITADO DE REPRESENTACIÓN PERO SIN REPRESENTANTE EFECTIVO.

- Si se trata de un **paciente (menor inmaduro, un incapacitado con afectación de las habilidades sobre la salud o un incapaz) en situación de riesgo grave no inmediato**, se hace necesario acudir al Juez para suplir la falta de consentimiento del paciente, en el marco del cual intervendrá el Ministerio Fiscal, ya que el paciente carece de otra persona de referencia (representante legal/persona vinculada) que pueda pronunciarse en su lugar.

En este caso y a diferencia del anterior no es posible acudir al régimen de alta voluntaria/forzosa y eso en base a dos razones:

a) porque el paciente no está en condiciones de firmarla válidamente, dada su condición psíquica (inmadurez, incapaz).

b) porque respecto a este grupo de pacientes (pacientes menores o pacientes con discapacidad) rige lo que ha venido en denominarse el “*superior interés*” del menor/persona con discapacidad (al menos en lo que a la salud se refiere), dimanante de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (art. 2) y del Convenio de Naciones Unidas para Personas con Discapacidad (art. 25) respectivamente.

En ambos casos se tiende a la preservación de la salud del menor o de la persona con discapacidad, lo que determina la necesidad de **judicializar** la situación, máxime si se tiene en cuenta que la negativa o rechazo del menor o persona con discapacidad no cuenta con el soporte de una comprensión (intelectual y emocional) del alcance de la intervención (o su ausencia).

- Si se trata de un **paciente (menor inmaduro o un incapaz con afectación de las habilidades sobre la salud) en situación de riesgo inmediato**, la solución sería la de intervenir y con inmediata comunicación al Juez.

1.3. PACIENTE IMPOSIBILITADO DE PRESTAR CONSENTIMIENTO ACTUAL, SIN VOLUNTAD PREVIAMENTE MANIFESTADA, CON EXISTENCIA DE REPRESENTANTE/PERSONA VINCULADA, se aplica la regla general de la información y del consentimiento por representación (expuesta anteriormente).

1.4. OPOSICIÓN DEL REPRESENTANTE/PERSONA VINCULADA AL PACIENTE. Básicamente este supuesto se constituye por la existencia de un Paciente imposibilitado de prestar un consentimiento actual, sin voluntad previamente manifestada, que se encuentra en situación de *riesgo grave* y cuyo representante o persona vinculada que se opone a la intervención.

Este supuesto guardaría una relación de analogía con el 1.1.- (caso prototípico), motivo por el cual habría que aplicar la misma solución que se expuso y que se puede esquematizar como sigue:

- Si el riesgo es ***grave pero no inmediato***, cabe el régimen de alta voluntaria o forzada, que debería ser gestionado con el representante o persona vinculada al paciente.
- En cambio si el ***riesgo es grave e inmediato***, se debería intervenir médicamente aún con la oposición del representante o persona vinculada al paciente. Igualmente se debería comunicar el caso al Juez.

RESUMEN:

1.- OPOSICIÓN SIMPLE: intervenciones CONTRA la voluntad del paciente o del representante/persona vinculada.

1.1. Oposición de un Paciente, mayor de edad, capaz y en estado de manifestar su voluntad (paciente no necesitado de representación)

- En ***caso grave pero no inmediato***, no intervención, teniendo en cuenta el consentimiento denegado del propio paciente.
- aplicación del régimen de alta voluntaria/forzosa, para lo cual en primer lugar, al paciente se le ofrece el "*alta voluntaria*"; en el supuesto de que el mismo se niegue a firmarla, el centro donde se encuentre le ofrecerá los tratamientos alternativos al rechazado con que cuente.
- En el caso de que los tratamientos alternativos (aunque sean paliativos) estén disponibles en otro centro sanitario, cabría (si ello fuera posible) la derivación a este otro centro.
- En ***caso grave y además inmediato***, la actuación correcta será la intervención o actuación clínica, por parte del médico, de carácter indispensable a favor de la salud del paciente.

1.2. Oposición de un Paciente, necesitado de representación pero sin representante efectivo.

- Si se trata de un paciente (menor inmaduro, un incapacitado con afectación de las habilidades sobre la salud o un incapaz) en situación de **riesgo grave no inmediato**, se hace necesario acudir al *Juez*.
- no es posible aplicar el régimen de alta voluntaria/forzosa.
- Si se trata de un paciente (menor inmaduro o un incapaz con afectación de las habilidades sobre la salud) en situación de **riesgo inmediato**, la solución sería la de intervenir y con inmediata comunicación al *Juez*.

1.3. Paciente imposibilitado de prestar consentimiento actual, sin voluntad previamente manifestada, con existencia de representante/persona vinculada.

- se aplica la regla general de la información y del consentimiento por representación

1.4. Paciente imposibilitado de prestar un consentimiento actual, sin voluntad previamente manifestada, que se encuentra en situación de riesgo grave y cuyo representante o persona vinculada que se opone a la intervención.

- Si el **riesgo es grave pero no inmediato**, cabe el régimen de alta voluntaria o forzada, que debería ser gestionado con el representante o persona vinculada al paciente.
- En cambio si el **riesgo es grave e inmediato**, intervención médica aún con la oposición del representante o persona vinculada al paciente y comunicar el caso al *Juez*.

2.- Supuestos de VOLUNTADES CRUZADAS.

Se caracterizan por la existencia de voluntades contrapuestas, por un lado la del propio paciente y por otro la del representante/persona vinculada.

Como principio general de actuación valga decir, provisionalmente, que en los supuestos en que el paciente consienta una intervención médica, este consentimiento habrá de primar sobre la oposición del representante/persona vinculada, pese a que

aquél adolezca de inmadurez o discapacidad, según establece la propia LAP “*el paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario*”; en la hipótesis inversa, la oposición del paciente podrá ser suplida, precisamente en razón a su condición o estado de inmadurez o discapacidad.

Podemos establecer diferentes situaciones:

2.1. Cuando existe oposición del paciente y consentimiento del representante/persona vinculada.

Diferentes situaciones respecto al tipo de paciente del que se trate:

- *menor maduro,*
- *paciente incapacitado con exclusión de las habilidades sobre la salud,*
- *paciente imposibilitado, con voluntad contraria previamente manifestada mediante el documento de “expresión de voluntades anticipadas”.*
- *menor inmaduro.*
- *paciente incapacitado con inclusión de las habilidades sobre la salud.*
- *paciente incapaz.*

Es preciso diferenciar entre la existencia de *situación de riesgo grave no inmediato o inmediato*

En los casos de ***situación de riesgo grave no inmediato***:

- Para el los dos primeros supuestos (*menor maduro o paciente incapacitado con exclusión de las habilidades sobre la salud*), el consentimiento del representante/persona vinculada no reemplaza, como norma general, la oposición del paciente, ya que éste, ostenta la condición de menor maduro y mantiene intactas sus habilidades sobre la salud.

- Para el tercer supuesto (*el paciente imposibilitado de prestar un consentimiento actual con voluntad contraria (a la intervención) previamente manifestada*), se trata de una persona que, en el momento en que se expresó, gozaba de mayoría de edad y capacidad, motivo por el cual su voluntad de entonces ha de ser ahora respetada.

La excepción viene dada por la hipótesis de los padres respecto de los hijos de entre 16 y 18 años, toda vez que aquí la LAP marca expresamente la necesidad de “tener en cuenta” la opinión de los padres, ante un riesgo grave. Mecanismo que no ocurre en el supuesto de menores maduros de entre 12 y 16 años.

Con independencia de lo anterior, ante estos casos siempre será conveniente acudir al Juez para que el consentimiento del representante/persona vinculada adquiera carta de validez.

Con base en estas consideraciones, en el supuesto de pacientes menores maduros (contrarios a la intervención) que no tengan como punto de contraste la opinión favorable de sus padres (por la circunstancia que sea, bien porque hayan fallecido o por cualquier otro motivo), sino la de otro tipo representantes (tutores), sería necesario igualmente acudir al Juez para suplir la falta de consentimiento, en aras al interés superior del menor que más arriba se mencionó.

En el supuesto de los pacientes *“incapacitados con exclusión de las habilidades sobre la salud”*, es más dudosa la existencia de esta necesidad de judicializar la situación, dada la indemnidad de sus habilidades sobre la salud.

Si pese a la intervención judicial (favorable a la intervención), persistiera la negativa del menor (o, en su caso, incapacitado), habría que articular ya, con ellos, el régimen de alta voluntaria/forzosa.

Cuestión diferente sería el caso del paciente que se encuentra en una *“situación de riesgo grave inmediato”*, donde lo preceptivo sería intervenir, con independencia de otras cuestiones.

Ante paciente imposibilitado de prestar consentimiento actual (con voluntad contraria previamente manifestada), habría que articular, con el representante/persona vinculada, el régimen de alta voluntaria/forzosa.

- Para el cuarto supuesto: *“menor inmaduro”*, *“paciente incapacitado con inclusión de las habilidades sobre la salud”*, *“paciente incapaz”*. En este supuesto hay que decantarse por la posibilidad de intervención, toda vez que el consentimiento del representante sí suple la oposición del paciente, al verse aquejado éste de inmadurez (menor) o al hallarse afectadas sus habilidades sobre la salud, lo que determina que su oposición carezca de relevancia, máxime si se tiene en cuenta que se trata de actuar en su beneficio (de su salud).

2.2. Cuando existe consentimiento del paciente y oposición del representante/persona vinculada.

Diferentes situaciones respecto al tipo de paciente del que se trate:

- *menor maduro,*
- *paciente incapacitado con exclusión de las habilidades sobre la salud,*

- *paciente imposibilitado, con voluntad contraria previamente manifestada mediante el documento de “expresión de voluntades anticipadas”.*
- *menor inmaduro.*
- *paciente incapacitado con inclusión de las habilidades sobre la salud.*
- *paciente incapaz.*

Para los casos en que se determina una **“situación de riesgo grave no inmediato”**,

- La opción para los tres primeros supuestos, no puede ser otra que la de la intervención médica, sin que quepa otorgar a la oposición del representante/persona vinculada fuerza neutralizadora, dada la autonomía del paciente para expresarse válidamente respecto de una intervención que va a redundar en su beneficio.

- Para los otros casos *“menor inmaduro”* y *“paciente incapacitado con inclusión de las habilidades sobre la salud”*, *“paciente incapaz”*. Para poder intervenir es preciso acudir al Juez para reemplazar el consentimiento del paciente y salvar la oposición del representante. La razón de ello estriba en el interés superior del menor/incapacitado y su opinión manifestada (favorable a la intervención).

Cuestión diferente sería el caso del paciente que se encuentra en una **“situación de riesgo grave inmediato”**, donde lo preceptivo sería intervenir, máxime si se tiene en cuenta que el paciente así lo quiere.

2.2. Cuando existe oposición del paciente y oposición del representante/persona vinculada. (doble oposición)

Para los casos en que se determina una **“situación de riesgo grave no inmediato”**,

Este grupo de situaciones va a admitir un tratamiento unificado, y similar al dado en el caso de *“oposición de un paciente mayor de edad, capaz y en estado de manifestar su voluntad (paciente no necesitado de representación)”* con independencia de las condiciones o estado del paciente (*menor, incapacitado, incapaz o imposibilitado de prestar consentimiento actual (con voluntad contraria previamente manifestada)*), de ahí que la propuesta de solución deber ser:

Si existe un *“riesgo grave, pero no inmediato”*, será preciso abstenerse de intervenir y por tanto activar el régimen de alta voluntaria/forzosa.

Si por el contrario se trata de **“riesgo grave e inmediato”** será precisa la intervención médica.

Varía este esquema para el caso en que el paciente es *menor (sobre todo si es in-*

maduro) o es un paciente incapacitado (sobre todo en el caso de incapacidad con inclusión de las habilidades sobre la salud), la opción será la de acudir al Juez para suplir el consentimiento y salvar la oposición, precisamente en aras al interés superior del menor/persona con discapacidad (cuya salud se impone preservar).

En este sentido si pese a una hipotética autorización judicial de intervención, se persistiera en la negativa, habría de acudirse, necesariamente, al régimen de alta voluntaria/forzosa.

**ENFOQUE ASISTENCIAL
DE USO DE SANGRE
Y HEMODERIVADOS EN PACIENTES
QUE REHUSAN TRANSFUSIÓN**

Demetrio Pérez Civantos

Me corresponde exponer el enfoque clínico asistencial acerca del uso de sangre y hemoderivados de aquellos pacientes que plantean un rechazo a una transfusión de sangre. Para ello, se ha realizado tanto una extensa revisión bibliográfica como una valoración de los distintos protocolos y recomendaciones existentes en los Centros Asistenciales de diversas Comunidades Autónomas.

Como ya ha quedado expuesto anteriormente y de forma amplia, básicamente los TJ no aceptan los componentes mayores de la sangre (hematíes, plasma y plaquetas), ni la transfusión con pre depósito. La recuperación intraoperatoria sí la aceptan si el circuito con sangre no deja de estar en contacto con el paciente.

La sangre es un tejido y su uso debe restringirse a situaciones en las que la indicación esté correctamente establecida. Además, la sangre y sus derivados son recursos terapéuticos que escasean.

En nuestro país se obtienen por donación, en la actualidad de modo altruista no remunerado. La disminución de las reservas de sangre es un fenómeno generalizado, producto de un desajuste entre donación y transfusión. Este desajuste obedece a diversas causas: aumento de la población susceptible de recibir transfusiones, 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).

Según datos de la Federación de Hermandades de Donantes de Sangre correspondientes a 2013, el número de donantes activos se sitúa alrededor de 2.172.800 (35% entre los 18 y 30 años, 41% entre los 31 y 45 años y 24% entre los 46 y 65 años).

El pasado año en nuestra región se realizaron unas de 48.000 donaciones, lo que representa un índice de 43,49 donaciones por cada 1.000 habitantes, sólo superado por País Vasco (43,56), mientras que la media nacional se situó en 36 donaciones por cada 1.000 habitantes.

Aunque la donación de sangre es altruista y no remunerada, su uso lleva aparejados unos costes (promoción de donaciones, análisis de donantes, preparación de componentes sanguíneos y pruebas de compatibilidad, almacenaje, etc.), que crecen de modo continuo, lo que se traduce en que el coste de una bolsa de concentrado de hematíes en nuestro país oscile entre los 100 y 130 euros.

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 (hepatitis C de 1:30.000 a 100.000; Hepatitis B 1:200.000; VIH de 1:450.000 a 660.000; infecciones bacterianas y parasitarias 1:1.000.000). Sin embargo, sigue existiendo el peligro de la hemólisis aguda postransfusional, que por su gravedad e impacto cuantitativo es la principal complicación (1:33.000). Entre el 1 y el 5% de los tratamientos se presentan reacciones transfusionales no hemolíticas como fiebre, escalofríos o urticaria. Además, se ha señalado que la administración de hemoderivados supone una alteración en la inmunología, teniendo un papel inmunodepresor, habiéndose descrito una mayor recurrencia del cáncer y una mayor incidencia de infecciones en el postoperatorio cuando se han administrado hemoderivados, aunque los estudios a este respecto no son del todo concluyentes.

Por ello parece sensato instaurar prácticas que lleven a una menor y más racional utilización de los hemoderivados y a la 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. La publicación de algunos documentos de consenso, guías clínicas y opiniones de expertos sobre el empleo de hemoderivados, aun sin la repercusión pretendida en la práctica clínica y con algunos aspectos por conseguir, sí ha logrado sensibilizar a los profesionales, consiguiendo adoptar dinteles generales más bajos de hemoglobina que provoquen la petición de transfusión, situándose en muchos casos en 7-8 g/dl de hemoglobina.

En las series publicadas por la Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA) sobre pacientes TJ que fueron sometidos a cirugía sin sangre, la mortalidad debida a anemia se situaba en la inmensa mayoría de los casos en niveles de hemoglobina por debajo de 5 g/dl; sin embargo, en las conclusiones de las mencionadas revisiones se señalaba que no se disponía de datos suficientes que permitieran extraer conclusiones respecto a la relación entre anemia y morbimortalidad. 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 el manejo de hemoderivados en función de cada situación clínica.

La Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS) ha publicado en 2006 la tercera edición de la Guía sobre la Transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos, en la que se señalan los criterios de consenso respecto al uso de

los hemoderivados.

- La autotransfusión con predeposición evita el riesgo de transmisión de infección, pero no el de hemólisis aguda (por error de identificación). Exige una muy adecuada programación quirúrgica para evitar caducidades indeseadas y puede suponer un aumento de riesgo en pacientes ancianos o con patología cardiovascular, además de ser más cara que la transfusión de sangre alógena.
- El empleo de eritropoyetina (EPO) en la insuficiencia renal crónica y como coadyuvante a la autotransfusión disminuye las necesidades transfusionales, aunque a un coste de adquisición elevado. Su empleo fuera de los contextos en los que está indicada puede suponer un problema médico legal.

La aprotinina es útil en el mismo sentido 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 FiO_2 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 TJ 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.

Recomendaciones de actuación

La aparición de protocolos en la actividad clínica permite adecuar el comportamiento técnico a casos prácticos en los que concurren circunstancias parecidas, facilitando así la toma de decisiones en situaciones de conflicto, pero partiendo de la base de que la decisión es siempre difícil, personal y única para cada caso.

Las normas que en este documento se proponen son orientativas, pudiendo servir de guía ante casos de posibles conflictos éticos en la relación clínica cuando se produzca un rechazo al empleo de hemoderivados por razones religiosas en un paciente TJ.

Es importante señalar que la actuación pudiera estar mediatizada 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 se efectúe en las siguientes 24 horas desde el diagnóstico.

Actuación general

- Se debe mantener de forma constante y sostenida un diálogo con el paciente que rechaza el empleo de hemoderivados por razones religiosas, tratándole siempre con respeto y con la mayor consideración, de acuerdo con su derecho a la libertad de conciencia, que implica el deber de aceptar un pluralismo ideológico que no infringe la ley. Conviene explorar el conocimiento que el enfermo tiene acerca de los cambios doctrinales de los TJ sobre trasplante y vacunas, presentando la transfusión como lo que es, un trasplante, haciéndole ver 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 acorde con las mismas. La información sobre el empleo de hemoderivados y de técnicas coadyuvantes ha de ser precisa y basada en criterios técnicos, con expresión de las probables consecuencias de cada opción. Al enfermo TJ se le debe ofrecer expresamente la transfusión como parte del tratamiento que debe recibir y está indicado en su situación clínica personal. Es labor del profesional ayudarle a que valore con mayor claridad y racionalidad las acciones propuestas.
- El diálogo debe realizarse a solas con el paciente, que debe ser protegido de cualquier influencia derivada de la presencia familiar o de miembros 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 TJ que se respetará siempre su decisión, cualquiera que ésta sea, en el sentido de ser o de no ser transfundido. Esa decisión siempre tiene que ser personal, por lo que debe explicársele que, si clínicamente se considerara la transfusión imprescindible para salvar su vida, llegado el caso ésta se podría realizar, si así lo desea, guardando estrictamente el secreto, con conocimiento sólo de los clínicos y del paciente, 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.
- El rechazo de la transfusión sanguínea cuando clínicamente se considera que es imprescindible y se trata de un tratamiento vital, exige el mayor nivel de capacidad decisoria, 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 el paciente, que debe ser auténtica y 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 la pérdida de las mismas. Resulta primordial en ese momento, tanto desde el punto de vista legal como ético y deontológico el que tanto el paciente como el médico firmen el Documento de “Consentimiento Informado para procesos, sin empleo de hemoderivados” (Documento que se adjunta), además del Documento de Consentimiento Informado habitual del procedimiento correspondiente, quedando ambos documentos en la correspondiente Historia Clínica.
- La institución sanitaria deberá promover 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 situaciones urgentes, se debe actuar también de acuerdo con la voluntad del paciente, según lo establecido como pauta general, respetándola decisión adoptada y firmando, si es posible, el Documento de Consentimiento Informado para Cirugía sin Sangre, independientemente del procedimiento que se vaya a realizar (es decir

puede ser procedimiento en quirófano o técnica diagnóstico-terapéutica como endoscopia digestiva, broncofibroscopia, cateterismo, etc).

Hay que reconocer que la propia situación de urgencia limita en el tiempo y dificulta mucho (cuando no hace imposible) una valoración adecuada de la capacidad del paciente; en este caso sería de gran ayuda la existencia de un Documento de Instrucciones Previas en relación con el rechazo al empleo de hemoderivados.

En este sentido, la existencia de protocolos y normativas de administración de sangre y de sus derivados, elaborados mediante consenso de especialistas que se basan en la investigación y en la experiencia médica mundial, redundan en claro beneficio de los pacientes, y son considerados básicos en la buena práctica actual.

Consideramos que la distinción entre una emergencia y una situación urgente puede posibilitarnos, en este último caso, un periodo de tiempo que debe ser utilizado para entablar una relación con el enfermo que nos facilite la realización del consentimiento informado.

Además el desarrollo médico actual, convierte en una exigencia que los servicios médicos y quirúrgicos dispongan de estudios estadísticos propios, en los que se identifiquen las situaciones o intervenciones quirúrgicas en las que sea necesaria la reserva o transfusión de sangre.

Desde el punto de vista Institucional, en ciertos casos puede existir una contradicción entre el compromiso de preservar la vida y garantizar la voluntad expresa del paciente.

Las instituciones sanitarias tienen la obligación de velar por la vida de los pacientes así como de respetar los derechos individuales, la libertad religiosa e ideológica y la integridad física y moral. En determinadas situaciones estas obligaciones plantean un conflicto entre el derecho a la vida y el derecho a la libertad o, lo que es lo mismo, a la autonomía del paciente.

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

LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ CONSIDERACIONES PREVIAS RESPECTO A LA CONFESIÓN RELIGIOSA TESTIGOS DE JEHOVÁ Y SU RECHAZO AL TRATAMIENTO CON HEMODERIVADOS.

DERIVACIONES SANITARIAS.

En la atención sanitaria habitual, los TJ no se diferencian del resto de los usuarios salvo en su negativa a ser transfundidos. Por una razón moral de primer orden rechazan la administración de sangre de cualquier procedencia y por cualquier vía, oral o intravenosa, y la prohibición se extiende al uso de derivados sanguíneos y de sangre que haya sido separada del cuerpo durante un cierto tiempo. La sangre que ha salido del cuerpo debe desecharse por lo que no está permitida la recolección autóloga preoperatoria de sangre. No así la infusión de sangre o hemoderivados a través de un circuito cerrado en conexión con el propio torrente sanguíneo.

En los últimos años se han comenzado a actualizar algunas de estas prohibiciones. Semantiene el rechazo al tratamiento con concentrados de hematíes, leucocitos, plaquetas o plasma pero se deja libertad para recibir componentes sanguíneos primarios como hemoglobina, albúmina, globulinas, factores de coagulación VIII y IX para hemofílicos, interferón, interleukinas, factores plaquetarios y trasplantes de médula ósea. Igualmente se les permite a los TJ comer carne desangrada aunque no lo sea en su totalidad. No se conocen las razones de autorización o no de los tratamientos. Son los dirigentes religiosos quienes deciden y los fieles aceptan la decisión.

PROCESOS ASISTENCIALES POR SERVICIO A TENER EN CUENTA POR EL RIESGO DE SANGRADO

La asistencia a pacientes TJ debe estar abierta siempre a realizar intervenciones sin sangre pero nunca sin condiciones. La valoración del riesgo de sangrado y la necesidad de sangre deben ser contemplados en el contexto y en la situación clínica de cada paciente y considerando las características particulares de los procedimientos médicos o quirúrgicos a realizar. Determinadas circunstancias patológicas, la situación de urgencia, la patología a intervenir, tratamientos previos pueden incrementar el riesgo de hemorragia hasta el extremo de hacer absolutamente desaconsejable realizar una intervención sin sangre.

SITUACIONES MÉDICAS

- Leucemia aguda
- Agudizaciones de procesos hematológicos crónicos
- Diátesis hemorrágicas
- Coagulopatías

- Otras.

UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS

Cirugías que requieren transfusiones de hemoderivados urgentes:

- Cirugía cardíaca y vascular
- Cirugía torácica
- Neurocirugía
- Cirugía general
- Cirugía de urgencia en politraumatizados por fractura huesos largos y de cadera

Situaciones de emergencia que requieren hemoderivados:

- Politraumatizados
- Traumatismo craneoencefálico
- Hemorragias digestivas
- Pancreatitis aguda necrohemorrágica
- Pacientes que requieren anticoagulación
- Púrpura trombocitopénica trombótica
- Pacientes oncológicos

SERVICIO DE URGENCIAS

- Síndrome anémico sintomático en rango de transfusión
- Paciente con hemorragia digestiva
- Politraumatismo o fracturas complejas
- Otras

ÁREA QUIRÚRGICA

Como medida general, no se asumirán aquellas intervenciones cuya probabilidad de precisar una transfusión sea superior al 40%.

Los demás procedimientos serán revisados de manera individualizada por cada uno de los Servicios y Unidades, que contarán con la Dirección Médica y la Comisión

de Ética Asistencial como órgano asesor de la Dirección para la toma de decisiones.

Si un Servicio o Unidad quirúrgica adopta una decisión favorable a la hora de intervenir, esta deberá ser consensuada con la Unidad de Anestesiología.

Existe la posibilidad de que los usuarios puedan solicitar una segunda opinión médica según lo contemplado en el Decreto 16/2004, de 04 de marzo, por el que se establece el ejercicio de Derecho a la segunda opinión médica en el Sistema Sanitario Público de Extremadura.

TÉCNICAS DE AHORRO DE SANGRE. ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS A LOS HEMODERIVADOS.

1. Técnicas de ahorro de sangre en pacientes quirúrgicos.

Son todas aquellas medidas encaminadas a disminuir los requerimientos transfusionales desangre alogénica y el número de pacientes transfundidos.

Es un proceso integral en el que deben implicarse:

1. La Dirección del Hospital.
2. Los Servicios de Anestesia.
3. Los Servicios Quirúrgicos.
4. El Banco de Sangre.
5. El compromiso de todos y cada uno de ellos es imprescindible para el éxito del proyecto.

Es preciso matizar que ahorro no es sinónimo de cirugía sin sangre y que ninguna técnica de ahorro garantiza la ausencia de transfusión de componentes sanguíneos. La combinación de dos o más técnicas es la mejor forma de reducir la exposición de los pacientes a la transfusión de sangre alogénica.

Un programa de ahorro de sangre comprende los siguientes estadios:

1. Valoración prequirúrgica del paciente.
 - Estado clínico (aparato cardiorrespiratorio...).
 - Estado biológico (analítica, hemoglobina preoperatoria...).
 - Estimación de las pérdidas quirúrgicas previstas.
2. Estratificación de los pacientes en:
 - Sano, en el que se prevean pérdidas bajas que pueden ser bien toleradas co-

rregidas sin medidas extraordinarias.

- Sano, en el que se prevén pérdidas elevadas superiores a las que pueden ser toleradas por el paciente, por lo que va a requerir la puesta en marcha de técnicas de ahorro de sangre.
- Anémico, corregible con tratamiento médico.
- Anémico, no corregible con tratamiento médico.
- No anémico pero con factores de riesgo asociados.

3. Determinación individualizada del umbral transfusional.

4. Valoración de posibilidades:

- Tratamiento previo de la anemia.
- Aplicación de algoritmo para elegir la técnica de ahorro de sangre a aplicar:
 - Técnicas encaminadas a disminuir las pérdidas sanguíneas: fármacos hemostáticos...
 - Aumento de la eritropoyesis del paciente mediante uso de EPO.
 - Autotransfusión en sus diferentes modalidades: predepósito, recuperación intra o postoperatoria...

Como norma general en un programa de ahorro de sangre se deben considerar siempre las alternativas disponibles a la transfusión convencional basando nuestra decisión en términos de seguridad, eficacia, disponibilidad y coste. Antes de poner en marcha las técnicas de ahorro de sangre hemos de establecer el riesgo de transfusión alogénica que conlleva cada procedimiento quirúrgico que es el resultado de tres factores:

1. Hemoglobina preoperatoria del paciente.
2. Umbral transfusional establecido para el mismo.
3. Pérdidas sanguíneas previstas.

La hemoglobina preoperatoria del paciente es el principal factor predictivo del riesgo de transfusión. En este contexto existen medidas sencillas que reducen la exposición a sangre alogénica:

- Tratamiento de la anemia. Siempre que sea posible se debe estudiar y tratar la anemia apropiadamente, antes de la intervención quirúrgica.
- Corregir la hemostasia retirando los fármacos antiagregantes antes de la intervención quirúrgica.
- Evitar la hipotermia y acidosis durante la intervención.

- Anestesia locorregional.
- Acortar en lo posible la duración de la intervención y realizar durante ella una hemostasia apropiada recurriendo a los fármacos hemostáticos si está indicado.

Determinación individualizada del umbral transfusional cuyo objetivo es la reducción de transfusiones innecesarias.

Al establecer el umbral transfusional se pueden seguir criterios restrictivos frente a estrategias más liberales. Existen estudios aleatorizados, entre ellos el de Hebert (New.Engl.J.Med.) que establece el límite transfusional en 7 g/dl (exceptuando a pacientes con infarto agudo de miocardio angor inestable). Y con esta práctica restrictiva realizada a pacientes en reanimación isovolémicos y con hemorragias estabilizadas no encuentra un incremento en la morbimortalidad de ellos, frente a estrategias más liberales. Con ello el autor logra un descenso del 33% en la exposición a sangre homóloga y reduce en 54% el número de concentrados de hematies transfundidos. Pero paralelamente existen otras publicaciones que resaltan los riesgos de la infratransfusión, por lo que cada transfusión debe de tener una indicación válida y justificable que debe de estar bien documentada en la historia clínica del paciente, debiéndose tener en cuenta a la hora de establecer el umbral transfusional de cada paciente el riesgo de complicaciones al que se somete por inadecuada oxigenación tisular.

En general, los expertos coinciden que para valores superiores a 10 gr/dl la transfusión no está justificada, y que con valores inferiores a 7 g/dl la transfusión es difícilmente evitable. Entre 7 y 10 g/dl la indicación de transfusión dependerá de la condición cardiopulmonar de cada paciente y se establecerá por la presencia de síntomas derivados de una inadecuada oxigenación tisular.

Estimación de las pérdidas sanguíneas previstas durante el acto quirúrgico por procedimiento quirúrgico, Servicio y Centro.

En este contexto reducir el sangrado debe ser el primer objetivo del equipo quirúrgico mediante la puesta en marcha durante el acto quirúrgico de medidas como cuidadosa hemostasia, mantenimiento del paciente normotenso, sin cambios hemodinámicos bruscos, etc.

¿Cómo calcular las pérdidas sanguíneas toleradas por el paciente sin transfusión?. Se obtienen aplicando la siguiente fórmula:

- ME: Pérdida tolerada = VST x (Hcto inicial – Hcto umbral transfusión)
 - ME: Masa eritrocitaria
 - VST: Volemia, o sea, volumen de sangre total

- Hcto: Hematocrito

El umbral transfusional dependerá de la patología de base del paciente y su pronóstico y será un valor de hematocrito que se corresponda con cifras de hemoglobina entre 7 y 10 g/dl.

¿Cómo realizar el cálculo de las pérdidas sanguíneas previstas por tipo de cirugía y Servicio?

Se calcula revisando la masa eritrocitaria perdida por los pacientes, revisando prospectivamente las historias clínicas de un número suficiente de ellos sometidos a un determinado procedimiento quirúrgico por al menos un año, para que se obtenga una muestra representativa que sea significativa. Para conocer la masa eritrocitaria perdida se aplica la siguiente fórmula:

- ME perdida = Volumen del paciente x (Hcto inicial – Hcto 5º día postcirugía).

A este valor así obtenido se suma la masa eritrocitaria compensada por la transfusión en caso de haberse transfundido el paciente (es 150 ml por cada concentrado de hematíe transfundido).

FÁRMACOS QUE REDUCEN LAS PÉRDIDAS SANGUÍNEAS.

Estos fármacos reducen las pérdidas sanguíneas y, por tanto, el número de unidades transfundidas.

Su eficacia no está claramente demostrada.

1. APROTININA: Es un polipéptido con potente acción antifibrinolítica y con efecto protector de los receptores de las plaquetas y, por tanto, de la adhesión plaquetaria. Su vía de administración es IV y la dosis requerida es alta.

Se ha usado ampliamente en cirugía cardiovascular por disminuir los requerimientos transfusionales al reducir las pérdidas intra y postoperatorias con efecto de dosis dependiente. También se ha usado ampliamente en trasplante hepático con resultados contradictorios. En Cirugía Ortopédica igualmente resultados contradictorios.

Solo indicada si existe alto riesgo transfusional. Su uso se debe restringir a cirugías de sangrado muy importante por riesgo de Reacción Anafiláctica a la reexposición fármaco y por su elevado coste.

Suspensión cautelar de su uso por la FDA por haberse asociado a la apari-

ción de infarto agudo de miocardio en pacientes con insuficiencia renal operados de cirugía coronaria. A esta decisión se ha sumado la Agencia Española del Medicamento, yes vinculante para todos los países de la CEE, por lo que solo puede ser administrada como uso compasivo.

2. FACTOR VII a: Indicado en episodios hemorrágicos severos o hemorragia postoperatoria en pacientes con hemofilia A o B con inhibidores, déficit congénito de VII, trombastenia de Glazmann y pacientes con hemofilia adquirida. Considerado agente hemostático universal por su eficacia en hemorragias masivas con riesgo vital, en los últimos años se ha empleado fuera de ficha técnica para el manejo de otras situaciones clínicas adquiridas que cursan con hemorragia. Están por determinar sus posibles indicaciones en base a estudios aleatorizados, así como su dosis óptima sin olvidar costo-efectividad. Su administración será pues individualizada considerando el riesgo trombo/hemorrágico del paciente.

Complicaciones tromboembólicas hasta en 9.4% de casos, tanto venosas como arteriales, por lo que su uso estaría contraindicado en pacientes con historia trombótica previa. Fuera de ficha técnica no se puede considerar una primera línea de tratamiento para reducir hemorragia. Su vida media 2.5 h en adulto. Su dosis de administración oscila entre 35-120 microg/kg, si bien debe ajustarse a la severidad de la hemorragia. Su vía de administración es IV.

3. DESMOPRESINA: Activa la hemostasia por diferentes mecanismos. Solo es eficaz en reducir las necesidades transfusionales en caso de disfunción plaquetaria (trombopatía por AAS). Está indicada solo en pacientes quirúrgicos con Hemofilia A y enfermedad de von Willebrand leve/moderada. Resultados controvertidos en c. cardíaca con c. extracorpórea, c. ortopédica. No existen estudios en trasplante hepático. No ha mostrado beneficio en la reducción de transfusiones en cirugía en pacientes sin coagulopatía. Se han descrito efectos secundarios como: HTA transitoria, cefaleas, náuseas. Su principal problema reside en fenómeno de taquifilaxia tras exposiciones repetidas. Su dosis es 0,3 mg/Kg por vía IV o sc.
4. ANTIFIBRINOLÍTICOS: Ac. aminocaproico y ácido Tranexámico. Son inhibidores sintéticos de la fibrinolisis. Se pueden administrar vía oral o parenteral. El ácido Tranexámico es 10 veces más potente que el aminocaproico. Su vida media es 2 h.

Algunos estudios han demostrado algún efecto beneficioso en la reducción

de los requerimientos transfusionales pero los resultados son inconsistentes tanto en cirugía cardíaca, hepática u ortopédica. En cirugía ortopédica se ha de ser prudente en su uso por el riesgo de trombosis que este tipo de cirugía conlleva, apesar de no haberse detectado con su uso aumento en las complicaciones tromboembólicas. Podemos utilizar el ácido Tranexámico para reducir sangrado y exposición a sangre alogénica, cuando la previsión de sangrado sea alta o cuando no podamos utilizar otra técnica de ahorro.

AUTOTRANSFUSIÓN

Existen tres modalidades:

1. Predepósito o donación autóloga preoperatoria (DAP).
2. Recuperación pre o postoperatoria.
3. Hemodilución normovolémica.

1. DAP: Indicado en Cirugía programada con suficiente antelación, más de 3semanas. En pacientes con hemoglobina superior a 12 g/dl y con una previsión de transfusión superior al 30-40%. A fin de evitar un índice elevado de caducidad y de que las unidades resulten costo efectiva habría que plantearse en cada Centro la posibilidad de excluir del programa a pacientes con cifras de hemoglobina por encima de 14.5 g/dl en cirugía de prótesis de cadera primaria en la que el índice transfusional es inferior al 5% para pacientes con esta cifra de hemoglobina o bien, excluir a pacientes con cifra de hemoglobina superior a 13 g/dl en el supuesto de prótesis primaria de rodilla.
2. Recuperación pre o postoperatoria: Solo resulta coste efectivo si el sangrado sobrepasa los 800 cc. o el 20% de la volemia del paciente. Tiene la limitación de que no se debe aspirar la sangre a presiones superiores a 100 mmHg para no provocar hemólisis. En el supuesto de que el procedimiento de recuperación postoperatoria seleccionado no contemple el lavado de la sangre aspirada se debe tener en cuenta el riesgo de reinfusión de D-dímeros y mediadores de la inflamación y de que no se debe reinfundir cantidades superiores a 1000 cc desangre recuperada, no procesada. En la recuperación postoperatoria el límite de recogida y reinfusión no debe superar las 6 horas tras la intervención y su mayor rendimiento se produce en las prótesis de rodilla.

3. Hemodilución normovolémica: consiste en la dilución de los componentes normales de la sangre, con el paciente en quirófano, mediante la extracción de 1 o más unidades de sangre total y su sustitución con soluciones cristaloides o coloides, de modo que a menor Hcto, iguales pérdidas de ST conllevan menos pérdida de hematíes que, por otra parte, serán reinfundidos al paciente al finalizar la cirugía.

Uso limitado en:

- Pacientes con Hb inferior a 11 gr/dl.
- Enfermedad bacteriana activa.
- Edad avanzada.
- Bajo peso.
- Presencia de enfermedad cardiovascular respiratoria o cerebral.
- Mayor tiempo peri-quirúrgico.

ERITROPOYETINA (EPO)

- La EPO es una hormona de naturaleza glicoproteica, sintetizada por las células peritubulares del riñón, en respuesta a la hipoxia tisular.
- La EPO humana recombinante es una molécula de síntesis idéntica a la EPO endógena que actúa como regulador primario de la eritropoyesis, estimulando la proliferación y la diferenciación de las células precursoras eritroides de la médula ósea.
- Su uso se aprueba para pacientes quirúrgicos en 1.997.
- Se encuentra indicada en pacientes con Hemoglobina entre 10 y 13 g/dl en situaciones en que no se encuentren indicados otros métodos de ahorro de sangre (cardiopatías, traumatizados, etc.) o como coadyuvante del predepósito.
- Indicaciones aprobadas:
 1. Tratamiento de la anemia de la insuficiencia renal crónica.
 2. Tratamiento de la anemia en pacientes adultos en tratamiento quimioterápico para mielomas, linfomas y tumores sólidos con riesgo transfusional.

3. Anemia del prematuro.
4. Autotransfusión con predepósito.
5. Reducción de la exposición a transfusiones alogénicas en pacientes programados para cirugía mayor electiva, donde sea previsible una pérdida de sangre significativa, entre 900 y 1800 cc.
 - Criterios de exclusión:
 1. Alergia a la EPO.
 2. Hipertensión arterial no controlada.
 3. Pacientes que no pueden recibir tratamiento profiláctico anti-trombótico idóneo o con riesgo conocido o antecedente de enfermedad tromboembólica venosa o arterial.
 4. Hemoglobina basal superior a 13 g/dl.
 5. Gestación y lactancia.
 - Efectos secundarios:
 1. La EPO es un fármaco seguro, ya que la molécula recombinante es idéntica a la endógena. No obstante, de forma excepcional puede producir:
 2. Cefaleas.
 3. Estado pseudogripal.
 4. Dolor en los puntos de punción de corta duración.
 5. Aumento de la presión arterial en pacientes hipertensos. Monitoreización de la respuesta:
 6. La EPO produce un incremento del recuento absoluto de reticulocitos que puede detectarse a partir de los 3 días de tratamiento, pudiéndose obtener aproximadamente el equivalente a una unidad de concentrado de hematíe en 7 días.
 7. Son imprescindibles los hemogramas periódicos de control semanalmente.
 8. Los pacientes con hemoglobina basal de entre 10 y 13 g/dl son los más beneficiados en lo que se refiere a la reducción de transfusiones alogénicas.

9. Si el paciente alcanza cifras superiores a 15 g/dl debe suspenderse el tratamiento en todos los casos o si el paciente alcanza una presión arterial superior a 170 / 95 mmHg.

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO:

Suplemento con hierro oral excepto en casos de sobrecarga férrica. Dosis aconsejada 200 mg de hierro elemental al día que se debe iniciar, siempre que sea posible, una semana antes de administrar la EPO. En caso de dificultades para la absorción del hierro o necesidad de acortar la duración de su tratamiento se puede utilizar otras vías de administración.

Hierro IV:

- Se debe disolver una ampolla de 100 mg en 100 cc de fisiológico y comenzar su administración intravenosa lentamente durante 10 minutos.

Transcurrido este tiempo sin incidentes se acelera la infusión y se pasa en 30 minutos. Dosis aconsejada de 100 a 200 mg al día (1 ó 2 ampollas) máximo 3 veces por semana. Si se requiere un suministro rápido de hierro a los depósitos del organismo utilizar hierro carboximaltosa, se puede administrar como una dosis única de hasta un gramo al día, diluido en 250 cc en Suero Salino 0,9%, en sólo 15 minutos. No se debe superar la dosis de 0,3 cc. de hierro carboximaltosa (15 mg de Fe) por Kg de peso corporal. Si es preciso administrar otra dosis debe transcurrir una semana.

- No debe hacerse prueba epicutánea puesto que es irritante.
- No administrar hierro iv en caso de infección grave aguda o crónica.
- En embarazo no está contraindicado aunque:

Se requiere una cuidadosa evaluación del balance beneficio/riesgo antes de su uso durante el embarazo y el hierro iv no se debe utilizar durante el embarazo a menos que sea claramente necesario. El tratamiento debe limitarse al segundo y tercer trimestre, en el supuesto de que el beneficio que reportaría fuera mayor que el riesgo potencial para la madre y el feto.

- En caso de déficit de Fólico o B12 o antecedentes de carencia de estos factores se debe administrar:

Acído fólico 5 a 10 mg /día vía oral.

Vitamina B12 1000 gammas intramuscular por semana, el tiempo que dure el tratamiento con EPO.

Características de los pacientes a incluir en el protocolo de EPO:

- Pacientes de cirugía ortopédica programada (rodilla, cadera o columna) en los que se prevé una pérdida de sangre significativa (entre 900 y 1800 cc) que no pueden beneficiarse de un programa de autotransfusión (predepósito) con cifras de hemoglobina inferior a 12 g/dl toleradas y susceptibles de presentar una respuesta eficaz al tratamiento, en ausencia de otros motivos de anemia tratables y con tiempo suficiente previo a la intervención para aplicar las pautas de tratamiento con EPO.
- Pacientes sometidos a autotransfusión con predepósito con cifras de hemoglobina normal al principio pero que con las extracciones sufren una caída de la hemoglobina por debajo de 11 g, obligando a suspender las extracciones.
- Pacientes incluidos en el programa de autotransfusión con predepósito para aumentar el número de unidades recolectadas (superior a 4 unidades) y reducir el tiempo entre las extracciones.
- Facilitar la predonación en pacientes con anemia moderada de entrada.
- Pautas de dosificación:
- Pautas de dosificación de EPO en precirugía:

Existen dos tipos de pauta: la semanal y la diaria.

- La pauta semanal es la habitual y se inicia 3 semanas antes de la intervención. La dosis que se aplica es 600 unidades por Kg de peso/semana (aprox. 40.000 unidades) los días - 21, - 14, - 7 y 0 (día de la intervención).
- La pauta diaria se aplica si no se dispone de tiempo suficiente para la semanal. La dosis que se aplica es 300 unidades por Kg de peso/día (aprox. 20.000 unidades) durante 15 días (los días -10 a +4) ó 600 unidades (aprox. 40.000 unidades) por Kg de peso/ días alternos. En ambas pautas deberá suspenderse el tratamiento si la hemoglobina del paciente sube por encima de 15 g /dl o si la presión arterial se eleva por encima de 170 / 95 mmHg.

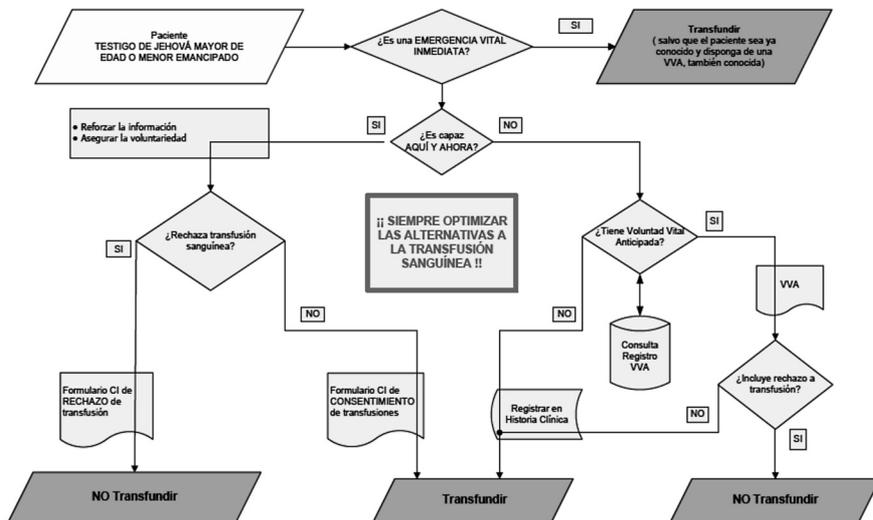
Pautas de dosificación en EPO en Autotransfusión:

Existen tres tipos de pautas: la habitual, la parcial y la de dosis bajas.

1. La pauta habitual consiste en administrar 600 unidades de EPO por Kg de peso (aprox. 40.000 u.) 2 veces por semana durante 3 semanas, administrando la dosis de EPO tras la donación autóloga (última dosis el día de la intervención).
2. La pauta parcial se aplica a pacientes con hemoglobina normal al principio del predepósito pero que se anemizan con las extracciones. Su aplicación puede permitir completar el programa de Autotransfusión y evitar la anemia prequirúrgica. Consiste en administrar 600 unidades por Kg de peso (aprox.40.000 unidades) dos veces por semana por una o dos semanas administrando la última dosis el día de la intervención.
1. La pauta de administración a bajas dosis se aplica a pacientes hipertensos o con problemas cardiovasculares que necesitan un incremento más moderado y progresivo de la masa eritrocitaria. Se aplica a dosis de 150-300 unidades (aprox. 10.000 a 20.000/unidades) por Kg de peso/día o días alternos durante 2 a 5 semanas.

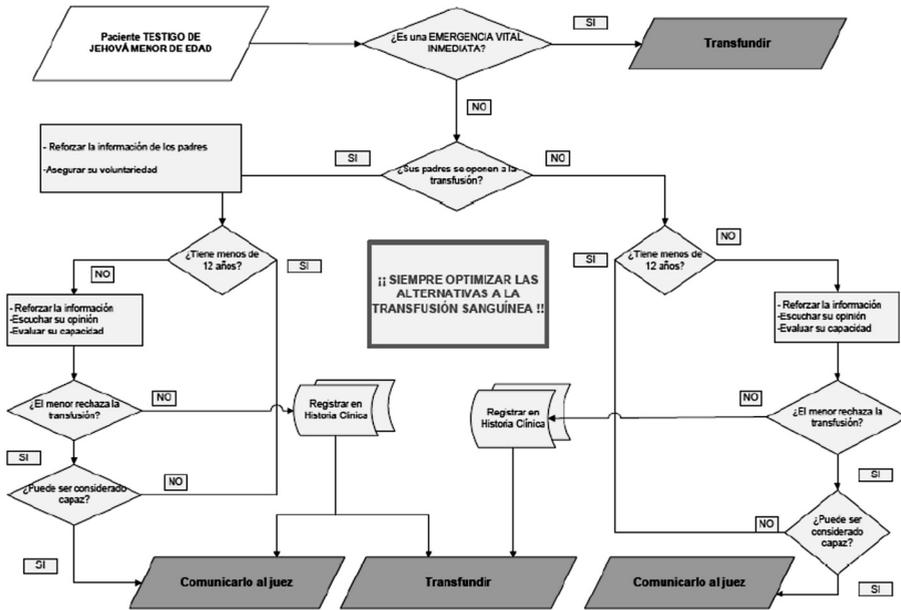
Como en el caso de la prericugía la EPO se suspenderá si se produce un incremento de la presión arterial por encima de 17 / 9.5 o si la hemoglobina sube por encima de 15 gr/dl.

ALGORITMO DE ACTUACIÓN EN SITUACIONES DE URGENCIAS



Tomado de: Protocolo de asistencia sanitaria a pacientes que rechazan tratamiento con hemoderivados por motivos religiosos (Testigos de Jehová). Hospital Universitario Virgen Macarena. Consejería de Salud.

ALGORITMO EN SITUACIONES DE URGENCIA DE UN PACIENTE MENOR



Tomado de: Protocolo de asistencia sanitaria a pacientes que rechazan tratamiento con hemoderivados por motivos religiosos (Testigos de Jehová). Hospital Universitario Virgen Macarena. Consejería de Salud.

RECOMENDACIONES

INFORMACIÓN.

Con respecto a la información que los profesionales sanitarios pueden facilitar, hay que tener en cuenta los siguientes aspectos:

- 1.- Lo primero que el profesional debe conocer es comprobar si el paciente dispone de registro de Voluntad Vital Anticipada.
- 2.- En caso de que no disponga de Voluntad Vital Anticipada, queda terminantemente prohibido informar a otras personas. Solo se puede informar al usuario y a la persona que él haya asignado (en la historia clínica también debe quedar recogido las instrucciones del paciente en lo que respecta a la información y representación).

REGISTRO DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA.

Normativa:

- Ley 3/2005, de 08 de julio, de información sanitaria y Autonomía del Paciente.
- Decreto 311, de 15 de octubre de 2007, por el que se regula el contenido, organización y funcionamiento del Registro de Expresión Anticipada de Voluntades de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Inscripción en el registro de Voluntades Vitales Anticipadas.
- Declaración de Voluntad Vital Anticipada.
- Aceptación del representante.
- Aceptación del sustituto del representante.
- Solicitud de visita domiciliaria.

Conceptos básicos:

La Declaración de Voluntad Vital Anticipada (VVA) es el derecho que una persona tiene a decidir sobre las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento carezca de capacidad para decidir por sí misma.

El derecho a realizar la Declaración de VVA puede ejercerlo toda persona mayor de edad, o menor emancipado, que esté en disposición de decidir con arreglo a sus convencimientos y preferencias. Hay que hacerla personalmente y se realiza en las delegaciones de la Consejería de Salud del Gobierno de Extremadura.

La documentación necesaria a aportar son: DNI o Pasaporte y los anexos-documentos cumplimentados que están disponibles en todos los centros sanitarios públicos de Extremadura y en la página web de la Consejería de Salud. Si la persona declarante es menor de edad emancipada, necesita presentar la resolución judicial de emancipación. En el Hospital Universitario Infanta Cristina estos anexos-documentos están disponibles en el Servicio de Atención al Usuario.

El ciudadano puede nombrar a una persona que decida por él en aquellas situaciones en las que no pueda expresar su voluntad de manera autónoma.

Si la documentación está completa y reúne todos los requisitos se incluirá en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, dependiente de la Consejería de Salud del Gobierno de Extremadura, siendo efectiva la declaración desde el momento de su inscripción en dicho registro.

Es en este Registro donde se inscriben y registran la totalidad de las declaraciones realizadas por los ciudadanos.

La médica o médico está obligado a consultar el registro en aquellos casos en que deba tomar una decisión, y el ciudadano no pueda decidir de manera autónoma.

consentimiento informado, incorporando apartado para cirugía sin sangre⁽⁶⁹⁾

Consentimiento Informado	ETIQUETA (EN SU DEFECTO, INDIQUE NOMBRE Y UBICACIÓN DEL PACIENTE)
	NOMBRE PROCEDENCIA (CAMA): NHC: FECHA: / / SEXO:
SERVICIO:	
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA:	

¿Qué le vamos a hacer?

1. Descripción del procedimiento

- Dado su diagnóstico de.....
le realizaremos una intervención que consiste en:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- Cómo se realiza:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Beneficios del procedimiento a corto y medio plazo:

.....
.....

¿Qué otras alternativas hay?

.....
.....
.....

¿Nos autoriza?

Por este documento solicitamos su autorización para realizarle la intervención, y usar imágenes e información de su historia clínica con fines docentes o científicos, ya que está siendo atendido en un hospital universitario. Su anonimato será respetado.

Declaraciones y firmas

Antes de firmar este documento, si desea más información o tiene cualquier duda sobre su enfermedad, no dude en preguntarnos. Le atendemos con mucho gusto. Le informamos que tiene derecho a revocar su decisión y retirar su consentimiento.

Conforme a lo dispuesto en la Ley de Protección de Datos 15/1999 de 13 de diciembre se informa que sus datos serán objeto de tratamientos e incorporados a ficheros con fines asistenciales, de gestión investigación científica y docencia. Solo podrán ser cedidos a organismos autorizados. Podrá ejercer el derecho a acceso, cancelación, rectificación y oposición en la Gerencia del Área a la que corresponda el Hospital.

1. Relativo al paciente:

D./D _____, con D.N.I.

He sido informado/a suficientemente de la intervención que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; la he comprendido y ha tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto, estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicha intervención por el médico responsable y/o médico residente supervisado por facultativo especialista. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores.

Debido a mis convicciones **NO AUTORIZO LA ADMINISTRACIÓN DE SANGRE NI DERIVADOS** antes, durante o con posterioridad al procedimiento quirúrgico, aunque fuera necesario, incluso en situaciones de riesgo vital o muerte, asumiendo todas las consecuencias que por ello pudieran derivarse.

Sé que estoy siendo atendido en un hospital universitario.

Autorizo SI NO para utilizar material gráfico o biológico resultado de la intervención con fines docentes y científicos.

.....
Es imprescindible que entregue el documento de consentimiento informado cumplimentado para poder realizar la intervención, por lo que no debe perderlo ni dejarlo olvidado en casa.

Firma del paciente

Fecha:...../...../.....

2. Relativo al médico que solicita:

Dr./Dra. _____ he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha:...../...../.....

3. Relativo al médico que realiza:

Dr./Dra. _____ he informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles.

Firma del médico

Fecha:...../...../.....

4. Relativo a los familiares y tutores:

El paciente D./Dña.no tiene capacidad para decidir en este momento. D./D^a. con D.N.I.y en calidad dehe sido informado/a suficientemente de la intervención que se le va a realizar.

Por ello, doy expresamente mi consentimiento. Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar

Fecha:...../...../.....

RESUMEN GUIA CLÍNICA DE ACTUACIÓN

ACTUACIÓN URGENTE

Se pueden presentar dos situaciones:

- 1. Emergencia vital inmediata (se desconoce la voluntad del paciente y no es capaz de expresarse)-----→**TRANSFUNDIR**
- 2. Situación de Urgencia:
 - 2.1. PACIENTE NO CAPAZ (Inconsciente y/o bajo anestesia)
 - Si existe constancia del rechazo a la transfusión (Documento firmado previamente por el paciente, EVA,...)-----→**NO TRANSFUNDIR**
 - Si no existe documento alguno de rechazo a la transfusión, o se desconoce, con independencia de los representantes legales del paciente-----→**SE NOTIFICARÁ AL JUEZ Y SE TRANSFUNDIRÁ**
 - 2.2. PACIENTE CAPAZ
 - Si rechaza la Transfusión, se continuará con las medidas terapéuticas a nuestro alcance salvo la transfusión-----→**NO TRANSFUNDIR**
 - NO rechaza la Transfusión-----→**TRANSFUNDIR**

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA INTERVENCIÓN SIN SANGRE

PREOPERATORIO:

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

INTRAOPERATORIO:

- Normotermia
- Hipotensión controlada

-
- Recuperación de hematíes intraoperatoria
 - Técnicas quirúrgicas para reducir la hemorragia
 - Fármacos hemostáticos sistémicos, tópicos y locales

POSOPERATORIO:

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

IMPORTANTE: En todos los casos hay que solicitar Consentimiento Informado de aceptación o rechazo a la transfusión.

BIBLIOGRAFÍA

Leal-Noval SR, et al. 2013. Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2013.

Comité de Ética Asistencial (CEA). Protocolo e Tratamiento en Pacientes Testigos de Jehová. San Sebastián, Mayo 1999.

Pérez Ferrer, E. Gredilla, J. de Vicente, J. García Fernández, F. Reinoso Barbero. 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.

Villarejo P et al. Cirugía y transfusión urgente en el paciente testigo de Jehová: revisión de las implicaciones médico-legales. Cir Esp. 2007;82(6):328-32.

Carless PA, Henry DA, Moxey AJ, O'Connell D, Brown T, Fergusson DA. Cell salvage for minimizing perioperative allogeneic blood transfusion. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 4. Art. No.: CD001888. DOI: 10.1002/14651858.CD001888.pub4.

Daryl J. Kor, OgnjenGajic. Blood product transfusion in the critical care setting. Current Opinion in Critical Care 2010, 16:309–316.

British Committee for Standards in Haematology. . Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. British Journal of Haematology, 2013, 160, 445–464.

Porembka, DT. Immunomodulatory Effects of Transfusion Seminars in Anesthesia, Perioperative Medicine and Pain 2001, 20; 36-43.

Bui LL, Smith AJ, Bercovici M, Szalai JP and Hanna SS (2002). Minimising blood loss and transfusion requirements in hepatic resection. HPB 4(1):5-10.

Anonymous (2011). Technical report on perioperative patient blood management: Volume 2a – Appendixes (questions 1, 2, 3 and 4–9). National Blood Authority, Canberra, Australia.

World Health Organization, 2009. Safe Blood and Blood Products Introductory Module Guidelines and Principles for Safe Blood Transfusion Practice.

The Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Blood Transfusion and the Anaesthetist Blood Component Therapy 2005.

Carson JL, et al. Red Blood Cell Transfusion: A Clinical Practice Guideline From the AABB. Ann Intern Med. 2012;157:49-58.

Rodríguez Moyado H. Medicina sin transfusiones. Rev Med IMSS 2005; 43 (3): 229-235.

Lena M. Napolitano. Clinical practice guideline: Red blood cell transfusion in adult trauma and critical care. Crit Care Med 2009.37;12:3124-3157.

Murillo-Godínez G. Las transfusiones de sangre y los Testigos de Jehová.1 Aspecto-tosético-médico-legales aún no resueltos. Med Int Mex 2010; 26(4):390-396.

Comisión de Bioética de Castilla y León. Recomendaciones para el empleo de he-moderivados en pacientes Testigos de Jehová. Junta de Castilla y León.

Manual de Uso de Componentes Sanguíneos. Servicio de Salud del Principado de Asturias 2013. Gerencia Área Sanitaria IV.

Subcomisión de Transfusión: Guía de Atención a Pacientes que rechazan la trans-fusión. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga. 2012.

Comité de Ética Asistencial 2004. Protocolo de Tratamiento de los Pacientes Tes-tigos de Jehová que precisen transfusión de sangre y hemoderivados. Complejo Hos-pitalario de Palencia.

Simon TL, et al. Rossi's Principles of Transfusion Medicine. 4th Ed; Wiley-Blackwell 2009.

Manual de uso óptimo de Componentes Sanguíneos Europa Por un uso seguro, eficiente y clínicamente eficaz de la sangre en Europa. Informes, Estudios e Investi-gación 2011. Ministerio de Sanidad y Política social.

Mann MC, Votto J, Kambe J, Et al. Management of the Severely Anemic Patient Who Refuses Transfusion: Lessons learned during the care of a Jehovah's Witness. Annals of Int Med 1992; 117:1042-8

Rogelio Altisent, Ricardo De Lorenzo, Ramiro González-Fandós, Diego Gracia, José Luis Monzón, Juan José Rodríguez Sendín, Miguel Sánchez, José Antonio Seoane, Víctor J. Suberviola. Ética de la objeción de conciencia. Fundación Ciencias de la Salud y OMC. 2008.

Hert PC et al. A multicenter, randomized, controlled clinical trial of transfusion requirements in critical care. NEJM 1999; 340:409-417.

Leal-Noval et al. 2013.Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Actualización del Documento Sevilla. Med Intensiva 2013;37(4):259-283.

Páramo JA, Monedero P, Hidalgo F, Hernández M. Fundamentos básicos para el empleo de hemoderivados y estrategias de ahorro de sangre en cirugía. *Rev Med Univ Navarra*; 52, (3) 2008: 9-14.

Unidad de Cirugía Sin Sangre. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital General Básico de Motril. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor A.G.S. Sur de Granada. Hospital General Básico de Motril. S.A.S. GRANADA.

Acceso a internet Septiembre 2014

en:www.juntadeandalucia.es/.../protocolo_cirurgia_sinsangre.pdf

British Committee for Standards in Haematology. Guideline on the Administration of Blood Components 2006. Acceso a internet Septiembre 2014 en:

www.bcshguidelines.com/.../Admin_blood_compon...

S Gould, M J Cimino, Gerber DR. Packed Red Blood Cell Transfusion in the Intensive Care Unit: Limitations and Consequences. *Am J Crit Care* 2007;16:39-48.

Raman SR, Parithivel VS, Cosgrove JM. Emergency Subtotal Colectomy in a Jehovah's Witness With Massive Lower Gastrointestinal Bleeding: Challenges Encountered and Lessons Learned. *Am J Crit Care* 2011;20:176-178.

Guidelines on the management of anaemia and red cell transfusion in adult critically ill patients. Retter A, Wyncoll D, Pearse R, Carson D, McKechnie S, Stanworth S, Allard S, Thomas D, Walsh T and British Committee for Standards in Haematology. *British Journal of Haematology*, 2013, 160, 445–464.

Farrugia A, Vamvacas E. Toward a patient-based paradigm for blood transfusion. *Journal of Blood Medicine* 2014;5 5–13.

NetzerG, Dutton RP, Hess JR. Blood transfusion in critical care. *F1000 Medicine Reports* 2009, 1:56.

Sadaka F, et al. Transfusion of Red Blood Cells Is Associated With Improved Central Venous Oxygen Saturation But Not Mortality in Septic Shock Patients. *J Clin Med Res*. 2014;6(6):422-428.

Casado Blanco M. Aspectos Éticos y Legales de las Instrucciones Previas. *Ciencia Forense*, 9-10/2009-2010: 135-148.

**INTERVENCION COMO DISCUSOR
“MEDIDAS DE ACTUACIÓN
EN SITUACIONES DE CONFLICTO”**

José Luis Galache Cortés

El pasado es referencia y lo que interesa es el futuro, con su puente de presente y que éste no es otro que mi ejercicio del Derecho y de la Abogacía en la que somos considerados los Letrados como Operadores Jurídicos.

Como discusor debo resaltar y destacar aquellos aspectos de las anteriores Ponencias que tengan una traducción no solo eminentemente práctica, sino que propicien el debate y la reflexión:

A ello me aplico e indico:

1. INTERVENCIONES PRECEDENTES :

El Sr. Patrocinio Polo, Presidente y Magistrado, ha efectuado una exposición detallada y brillante desde las perspectivas jurisprudenciales del tema que nos ocupa, haciendo crítica exegética de la disparidad o la dificultad de entender la dicotomía entre determinados pronunciamientos judiciales tanto del Tribunal Supremo como del Tribunal Constitucional.

Es evidente que la STS 950/97 y la STC 154/02 (referidas ambas a la Solicitud de Amparo de unos padres condenados por el Supremo por la muerte de su menor hijo fallecido a causa de la negativa a aceptar transfusiones de sangre por motivos religiosos) son extremadamente llamativas y ponen de manifiesto lo poco pacífico del tema, teniendo que estar muy atentos a la evolución jurisprudencial. Añado, sin ánimo de réplica, que como Abogado no me extraña que existan estas disparidades que se dan en todos los órdenes jurisdiccionales y diversos tribunales.

La intervención de Don Miguel Martín, Ilustre Fiscal, es un alarde de técnica y concisión jurídicas, difícil poder rebatirle, pero se puede cuestionar también su parecer.

El Dr. Pérez Civantos centrando su ponencia desde el área administrativa, revela como la Administración Sanitaria es sensible al objeto del debate y explica que se facilita en la medida de lo posible la conciliación de los intereses contrapuestos.

Por último, el Dr. Bárcenas Barro realiza una exposición conmovedora y me da la sensación que sobre él, por la heterodoxia que sobrelleva van a caer el mayor número de preguntas.

Mi antecedente discusor, elabora un interesante código e interrogatorio al que Médicos y Juristas deben dar respuesta.

2. Para los Juristas, a pesar de toda la dificultad que el objeto de debate entraña, la brillantez expositiva y argumental de los ponentes nos siguen quedando una serie de interrogantes, que vía praxis, queremos explicar en alto:

Ante la situación de urgencia vital surgen muchas preguntas sin respuesta unánime y a ello debe orientar a la reflexión:

- ¿Es ético que el médico no preste la asistencia necesaria cuando el paciente se niega voluntariamente a recibir el tratamiento pertinente, aún a sabiendas de que dicho paciente se encuentra en situación de urgencia vital?.
- ¿Puede el médico obviar la voluntad del paciente procediendo a transfundir sangre para salvarle la vida? Y en este caso, ¿surgirían responsabilidades para el médico?.
- ¿Tiene el paciente derecho en todo caso, a plantear su objeción de conciencia al tratamiento en cuestión?, ¿Y el médico?.

3. Quiero lanzar al Auditorio una afirmación de gran calado: la cuestión que debatimos implica la confrontación, la colisión, entre dos derechos fundamentales de la persona.

Por una parte, el derecho a la vida, que a todos reconoce el Art. 15 de la Constitución, y por el otro, el libre Desarrollo de la Personalidad, previsto en el Art. 10, dentro del cual se incluye la libertad de disposición del propio cuerpo relacionado a su vez con el principio de autonomía, y en último lugar, con el Derecho Fundamental a la Integridad Física.

Sin embargo esta colisión entre tales Derechos, que haya de resolverse en aquellos casos en que se plantea, se debe a la inexistencia en nuestro ordenamiento jurídico de un Derecho Fundamental a la propia muerte, es decir, que el Derecho a la Vida constituye un Derecho Fundamental indisponible por la persona, en este caso por el paciente.

Así, subrayo estos dos pronunciamientos :

- A) El Tribunal Constitucional en su Sentencia 120/1990, recuerda que *“...el derecho a la vida, reconocido en el Art. 15 C.E., tiene un contenido de protección positiva que impide configurarlo como un Derecho de Libertad, que incluya el Derecho a la propia Muerte....., en virtud de ello no es posible admitir que la Constitución garantice en su Art. 15 el Derecho a la propia muerte.....¿Qué les parece?, ¿Qué sugiere?.....”*

B) El mismo Tribunal Constitucional, en la célebre y ya citada ST 154/2002, ya citada, establece que “... En definitiva, la decisión de arrostrar la propia muerte no es un Derecho Fundamental, sino únicamente una manifestación del Principio General de Libertad que informa nuestro Texto Constitucional ¿no creen que caben múltiples controversias....?”

4. Considero de trascendencia traer a colación una iniciativa de la Fiscalía General del Estado que introduce, por su profundidad jurídica y explicativa, una perspectiva jurídica de interés y conocimiento inexcusable para todos los profesionales de la Medicina y Operadores Jurídicos.

Me refiero a la CIRCULAR 1/2012, de 3 de octubre, de la FISCALIA GENERAL DEL ESTADO, SOBRE EL TRATAMIENTO SUSTANTIVO Y PROCESAL DE LOS CONFLICTOS ANTE TRANSFUSIONES DE SANFRE Y OTRAS INTERVENCIONES MÉDICAS SOBRE MENORES DE EDAD EN CASO DE RIESGO GRAVE.

Relativa a los criterios que deben emplear los Fiscales al abordar los conflictos que surgen en Clínicas y Hospitales ante las transfusiones de sangre y otras intervenciones médicas urgentes y graves que a juicio de los médicos se deban realizar a menores de edad y que se encuentren bien con la oposición del menor, bien la de sus representantes legales, es un instrumento jurídico y práctico que todos los profesionales aquí presentes deberíamos conocer.

Sin ánimo exhaustivo la Circular, muy motivada jurídicamente y de “*actualidad rabiosa*”, contempla toda una suerte de aspectos que van desde los “*procesales*” ¿cómo se debe dirigir el médico al Juez de Guardia o al Fiscal? ¿Cuáles pueden ser sus respuestas? ¿Podemos utilizar tecnología informática para conectar con los Juzgados de Guardia?, a través del sencillo procedimiento de Jurisdicción Voluntario o simple petición, hasta “*Comunicaciones Interorgánicas*”.

Por otro lado, la circular con una ambición de difusión muy digna del Fiscal como garante e imparcial, establece en su apartado “*Comunicaciones Interorgánicas*” el que los Fiscales Jefes den traslado de la circular a las Autoridades Sanitarias y decimos nosotros, y lo dejo a criterio de la audiencia... y ¿por qué no a los Colegios de Médicos?...?

Finalmente, pueden plantearse una serie de supuestos de colisión de intereses y estos se resuelven para la Circular de la siguiente manera:

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

En tal supuesto el médico, a la vista de la redacción del Art. 9.3 c, de la Ley 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, directamente o a través del Fiscal.

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

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

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

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

- 4) 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, 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.

¿Consideran tan valiosa esta Circular como yo la entiendo?....

5. CONCLUSION FINAL.

El Abogado y esta Asesoría Jurídica así lo entienden, debe promoverse la acción de la Justicia aconsejando a los Médicos acudir a los Juzgados de Guardia. El procedimiento de Jurisdicción Voluntaria es sencillo y se inicia por escrito del propio Médico solicitante que puede utilizar soporte telemático y, como hipótesis, recibir recíprocamente respuesta por igual medio y con la celeridad mayor posible, y para concluir, y debido a la enorme dificultad para resolver lo que constituye un desafío ético, moral y/o religioso para la Comunidad Médica, podemos decir que algunas opiniones vertidas en el seno de la doctrina jurídica, y que tienen en cuenta la posición “*VULNERABLE*” en la que se encuentra el médico, al tener que tomar decisiones valorando y sopesando aspectos que van más allá de sus propias funciones, sostienen que deben ser los jueces los que han de indicar a los médicos, cuál ha de ser la actuación correcta en cada caso concreto.

Ratifico íntegramente esta apreciación y la Asesoría Jurídica de este Colegio está a la disposición, como no puede ser de otra manera, de aquellos Colegiados que la precisen.

