

# Protocolo de tratamiento en pacientes Testigos de Jehová



## Índice

1. Introducción .....	5
2. Fundamento religioso y precisiones.....	9
3. Aspectos técnicos .....	13
4. Aspectos éticos.....	17
5. Aspectos legales .....	25
6. Pautas de actuación .....	31
6.1. Presupuestos.....	31
6.2. Aspectos a tener en cuenta .....	33
a) Capacidad del paciente .....	33
b) Comunicación médico-paciente.....	34
c) Historia clínica.....	34
d) Consentimiento informado.....	34
e) Vinculación al protocolo.....	34
f) Valoración por los servicios quirúrgicos .....	35
g) Valoración por el servicio de anestesia y reanimación .....	36
6.3. Pautas .....	36
6.3.1. Actividad Programada .....	36
a) Pacientes adultos capaces (mayores de 18 años) .....	36
b) Pacientes menores (con 16 años cumplidos o emancipados) .....	37
c) Pacientes adultos incapaces .....	37
d) Pacientes menores (entre 12 y 16 años).....	38
e) Pacientes menores de 12 años .....	40
6.3.2. Actividad de Urgencia.....	40
a) Pacientes adultos capaces (mayores de 18 años) .....	40
b) Pacientes menores (con 16 años cumplidos o emancipados) .....	40
c) Pacientes adultos incapaces .....	41
d) Pacientes menores (entre 12 y 16 años).....	41
e) Pacientes menores de 12 años .....	41
6.3.3. Historia clínica .....	41
7. Diagrama de fases .....	42
8. Formularios .....	45
8.1. Consentimiento informado.....	46
8.2. Consentimiento informado en caso de intervención .....	47
8.3. Declaración del facultativo sobre el consentimiento informado .....	48
8.4. Al Juzgado de Guardia (si no se ha solicitado el alta voluntaria).....	49
8.5. Al Juzgado de Guardia (si se ha solicitado el alta voluntaria) .....	50
8.6. Al Fiscal Jefe de la Audiencia Provincial de Murcia .....	51
(si no se ha solicitado el alta voluntaria)	
8.7. Al Fiscal Jefe de la Audiencia Provincial de Murcia.....	52
(si se ha solicitado el alta voluntaria)	
8.8. A la Fiscalía de Menores (si no se ha solicitado el alta voluntaria).....	53
8.9. A la Fiscalía de Menores (si se ha solicitado el alta voluntaria).....	54

## Introducción

El presente protocolo pretende dar unas pautas de actuación que faciliten al personal médico la toma de decisiones en pacientes que rechazan la transfusión de sangre y/o hemoderivados por planteamientos de tipo religioso.

El tratamiento transfusional, práctica clínica establecida mediante indicaciones y protocolos de transfusión perfectamente regulados, ha permitido el desarrollo de la práctica medicoquirúrgica a unos niveles de resultados para la vida de los pacientes de alta eficacia. En todo caso y en las últimas décadas se han planteado diferentes avances, que orientan la posibilidad futura de una farmacología capaz de sustituir la transfusión de sangre humana en determinadas circunstancias. Si bien, a fecha de hoy y en la práctica clínica normalizada, la transfusión de sangre y hemoderivados es una terapéutica aún no prescindible.

Tanto la Ley de Autonomía del Paciente como la Ley General de Sanidad, contemplan el derecho que ampara a los pacientes de aceptar o rechazar los tratamientos que les sean propuestos, entre los que se incluyen los tratamientos transfusionales.

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 de pensamiento, religiosa y de conciencia, 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.

Una Institución Sanitaria que no tenga en cuenta el aspecto ético del conflicto y reduzca el problema a una mera cuestión judicial, en la que el juez es quien decide dar la autorización necesaria para que se proceda a un tratamiento forzoso, convierte el deber asistencial de velar por la vida (derecho a la vida), en el deber de preservar ésta en contra de la voluntad del enfermo. Esta actuación forzosa, transforma la obligación de garantizar el derecho a la vida en la de imponer un tratamiento en contra de la voluntad y valores del paciente; lo que desvirtúa el concepto ético y moral de libertad y vida.

En Murcia, los Testigos de Jehová constituyen una comunidad religiosa de cierta implantación. Dadas sus creencias, los problemas que se suscitan en nuestro entorno sanitario por la administración de transfusiones sanguíneas o sus derivados suponen un número de casos de cierta relevancia. Por tanto, todas las relaciones

clínicas en cuyos tratamientos se ven involucrados dichos derivados son causantes de posibles conflictos.

Por otra parte, es un hecho cierto que la irrupción del SIDA y la postura de los propios Testigos de Jehová han favorecido el desarrollo de alternativas a las transfusiones sanguíneas, así como a una revisión y actualización constante de los criterios para la administración de los hemoderivados. Además, debemos tener en cuenta que nuestra sociedad se basa, entre otros fundamentos, en el respeto a los derechos a la vida, a la libertad de conciencia, a la libertad religiosa y a la dignidad de las personas. 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 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 especialmen-

**El pluralismo ideológico y religioso es una característica de la sociedad en que vivimos. El respeto y la tolerancia constituyen puntales básicos de nuestra convivencia. Los avances científicos y los cambios sociales generan nuevos problemas que dificultan las relaciones humanas y sanitarias. Para allanar las diferencias que surgen en estas nuevas relaciones, vemos la necesidad de adquirir habilidades en el terreno de la información y de la comunicación, y de protocolizar aquellas situaciones especialmente conflictivas.**

te conflictivas.

Este protocolo surge por iniciativa del Comité de Ética Asistencial y a petición de la Dirección del Centro y del Colectivo de Testigos de Jehová, para tratar de evitar los conflictos que se generan entre la Institución Sanitaria, los sanitarios y los Testigos de Jehová, cuando se hace necesaria la transfusión de sangre o sus derivados. En su contenido se hace una valoración de las indicaciones y contraindicaciones de la transfusión de

derivados sanguíneos, así como de las posibilidades de utilizar otras alternativas terapéuticas.

El método utilizado para la elaboración del Protocolo ha sido el de juicio de especialistas basados en su experiencia propia, valorando la evidencia científica disponible, los documentos similares existentes en otros centros, las 5 orientaciones del Consejo Asesor Regional de Ética Asistencial y considerando los criterios legales, éticos y morales del problema.

## 2. Fundamento religioso y precisiones

Los testigos de Jehová entienden que la prohibición bíblica sobre el uso de la sangre, es uno de los más antiguos mandamientos de las Sagradas Escrituras. Se remonta al tiempo de Noé cuando Dios da su consentimiento al ser humano para que coma carne, pero con la condición de que no ingiera su sangre: *Todo lo que se mueve y tiene vida os servirá de alimento: todo os lo doy, lo mismo que os di la hierba verde. Sólo dejaréis de comer la carne con su alma, es decir, con su sangre, y yo os prometo reclamar vuestra propia sangre: la reclamaré a todo animal y al hombre: a todos y a cada uno reclamaré el alma humana (Génesis 9, 3-5).*

Este mandamiento se considera obligatorio para toda la humanidad y se reitera su observancia en la Ley dada a Israel por medio de Moisés: *Tampoco comeréis sangre, ni de ave ni de animal, en ninguno de los lugares en que habitaréis. Todo el que coma cualquier clase de sangre, ése será exterminado de su parentela (Levítico 7, 26-27)*<sup>1</sup>.

Según las creencias de los testigos de Jehová esta prohibición bíblica se mantiene en vigor en el Nuevo Testamento: *que se abstengan de lo que ha sido contaminado por los ídolos, de la impureza, de los animales estrangulados y de la sangre[...] abstenerse de lo sacrificado a los ídolos, de la sangre... (Hechos de los Apóstoles 15, 19-21 y 28-29).*

<sup>1</sup> Véase también Levítico 17, 10-14; 19, 26; Deuteronomio 12, 16 y 23.

**Según las creencias de los Testigos de Jehová, la transfusión de sangre o derivados, es una violación de la ley divina y va en detrimento de la oportunidad de resurrección y salvación eterna. Consideran que la prohibición del consumo de sangre no es una simple restricción dietética sino un serio requisito moral, y que es aplicable tanto a la vía oral como a la intravenosa o cualquier otra, y se extiende al uso de derivados sanguíneos y sangre que haya sido separada del cuerpo durante un periodo de tiempo.**

Por tanto, y según las creencias de los Testigos de Jehová, la transfusión de sangre o derivados, es una violación de la ley divina y va en detrimento de la oportunidad de resurrección y salvación eterna. Consideran que la prohibición del consumo de sangre no es una simple restricción dietética sino un serio requisito moral, y que es aplicable tanto a la vía oral como a la intravenosa o cualquier otra, y se extiende al uso de derivados sanguíneos y sangre que haya sido separada del cuerpo durante un periodo de tiempo. Para los Testigos de Jehová la obediencia a la ley de Dios y su propia integridad espiritual, son más valiosas que su vida física.

#### **Precisiones a las transfusiones de sangre**

- La autotransfusión es aceptada por muchos testigos de Jehová (es una cuestión de conciencia individual), siempre que se emplee un equipo en circuito cerrado que permanezca conectado al sistema circulatorio del paciente y no se almacene su sangre.
- No aceptan la recogida preoperatoria y almacenamiento de la sangre, y su posterior reinfusión.
- Rehúsan la sangre completa y sus cuatro componentes básicos: hematíes, leucocitos, plaquetas y plasma.
- La albúmina y otros componentes secundarios pueden ser aceptados según la conciencia de cada paciente.



### 3. Aspectos técnicos

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

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

**Cuando hay obnubilación, pulso taquicárdico, aumento de las respiraciones por minuto, tensión arterial sistólica inferior a 90 mmHg, significa que las pérdidas de sangre son mayores al 30-40% y que se necesita administrar sangre. Sin embargo, en pacientes sin antecedentes de enfermedad severa con pérdidas hemáticas estimadas menores del 25% y con control de la hemorragia, puede intentarse la abstención de la transfusión y usar otras medidas alternativas.**

cientes, y son considerados básicos en la buena práctica actual (Anexo I).

Consideramos igualmente 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. En medicina de urgencia se pueden diferenciar las situaciones de emergencia con respecto a las situaciones urgentes:

- Una situación de **emergencia** es aquella cuyo tratamiento no puede ser diferido en el tiempo una vez

diagnosticada (lesiones vasculares externas agudas, lesiones vasculares internas aisladas, lesiones vasculares múltiples, otras lesiones vasculares complejas).

- Una situación **urgente** es aquella cuyo tratamiento debe realizarse precozmente dentro de las primeras 24 horas tras su identificación.

En la situación de emergencia existe una situación de shock hipovolémico (deficiente oxigenación celular, hipotensión, deficiente perfusión periférica), que en definitiva se traduce en un déficit de oxígeno que si no es compensado rápidamente puede llevar a la muerte. En esta situación,



es imposible estimar exactamente las pérdidas de sangre. Cuando hay obnubilación, pulso taquicárdico, aumento de las respiraciones por minuto, tensión arterial sistólica inferior a 90 mmHg, significa que las pérdidas de sangre son mayores al 30-40% y que se necesita administrar sangre. Sin embargo, en pacientes sin antecedentes de enfermedad severa con pérdidas hemáticas estimadas menores del 25% y con control de la hemorragia, puede intentarse la abstención de la transfusión y usar otras medidas alternativas.

Las cifras de hemoglobina o del hematocrito no son útiles en las situa-

ciones de shock, porque puede existir hemoconcentración. La eritropoyetina no tiene ninguna utilidad en el manejo inicial de estos pacientes. Sin embargo, el aumento del gasto cardiaco (sue-roterapia) y la oxigenación máxima pulmonar, sí son medidas básicas que se emplean desde los primeros instantes en la reanimación del shock.

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.

## 4. Aspectos éticos

La ética sanitaria más tradicional era una ética de código único, basada en la consideración de que existían unos valores sobre la salud, la enfermedad y la curación de carácter objetivo y exigibles por igual a todas las personas. Prevalcía la idea de que el enfermo manifestaba una alteración biológica pero también moral y, por tanto, se le consideraba incapacitado física y moralmente. La función ética del profesional sanitario era atender al enfermo, aún en contra de su voluntad, de acuerdo con los principios de ese código único y siempre en función del beneficio del enfermo. La relación clínica seguía un modelo que se denominaba beneficente - paternalista.

En la Edad Moderna surge una concepción pluralista de código múltiple, al considerar que toda persona tiene su propia conciencia. Es la libertad de conciencia (derecho humano fundamental) quien da sustento a esta nueva visión de las cosas. El concepto paternalista de beneficencia médica heredado de la tradición hipocrática entra en crisis. El médico ya no puede imponerse (siquiera benevolentemente) al paciente, sino que éste ha de ser informado, para que pueda ejercer sus irrenunciables derechos de autonomía y conceder el consentimiento a los tratamientos.

Los cuatro principios sobre los que se articula la Bioética (aplicables,



también, al ámbito sanitario), nos ofrecen pautas de actuación ante los nuevos parámetros por los que discurre la relación médico-paciente.

Si el *principio de no maleficencia* (*primum non nocere*) exige no hacer daño al paciente, el *principio de beneficencia* introduce la obligación de hacer el bien, pero teniendo en cuenta que el principio positivo de beneficencia no es tan fuerte como el negativo de evitar hacer daño. Hasta hace relativamente poco tiempo, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente, pero en la actualidad el principio de benefi-

cencia viene matizado por *principio de autonomía* y el respeto que supone a la autonomía del paciente, a sus valores, cosmovisiones y deseos (supone, incluso, el derecho a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección; de aquí se deriva el consentimiento libre e informado de la ética médica actual). No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien. Por último, el *principio de justicia* obliga a tratar a toda persona con equidad, puesto que toda persona es básicamente igual a la otra y merece igual consideración y respeto. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de

cada individuo no atente a la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas.

Los cuatro principios se ordenan en dos niveles de prioridades:

• **Nivel 1: no maleficencia y justicia.**

Es el nivel que podemos llamar de “ética de mínimos”, en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común (lo que no se debe hacer a otros). Su carácter es objetivo. Socialmente vendría regulado por el Derecho.

• **Nivel 2: autonomía y beneficencia.**

Es el nivel de “ética de máximos”, relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a aquellas obligaciones que me puedo exigir a mí, pero no que no puedo imponer a los demás. Los principios ubicados en este nivel tienen un carácter subjetivo. Corresponde su estudio a la Moral.

El principio de autonomía es inseparable del principio de beneficencia. Ambos se refieren al ámbito de lo concreto y lo particular de cada persona, frente a lo general y universal de los principios de no maleficencia y justicia. Por tanto, es preciso comunicarse con el enfermo para conocer su concepto de “bien” y respetarlo. No maleficencia y beneficencia se diferencian sensiblemente entre sí. Esta última, está siempre relacionada

con el principio de autonomía (cada cuál debe definir lo que es beneficioso para él). El principio de no maleficencia es absoluto y por tanto previo al de autonomía. No debemos hacer el bien a nadie en contra de su voluntad, pero sí estamos obligados a no hacerle nada malo, aunque nos lo pida.

En el caso de los testigos de Jehová se rechaza un determinado tratamiento porque éste es juzgado por la conciencia como inmoral; el fin es evitar la condenación eterna de la persona. Así pues en ningún caso el testigo de Jehová elige o pretende la muerte para sí mismo. Es consciente de que esa postura puede suponer la pérdida de la vida pero considera que el todo de la persona, es decir su salvación eterna, supone el rechazo concreto de acciones que pongan en peligro el logro de dicho fin.

Desde un punto de vista “objetivo”, tal postura se puede interpretar como un error en la conciencia fuertemente arraigado pues, de otro modo el Estado no tendría base ética para disponer en contra del menor de edad inmaduro que apela a tal rechazo del tratamiento. Es decir, la acción de transfundir sangre será conveniente o no según las circunstancias, pero nunca es un tratamiento indigno de la persona humana y como tal debe ser utilizado para promover y respetar a la persona cuando sea necesario para la supervivencia de ésta.

Para el testigo de Jehová, la acción de elegir una transfusión de sangre constituye un absoluto ético, algo que siempre y bajo cualquier circunstancia es ilícito. Es cierto que el principio de respeto y promoción de la persona supone el deber de cuidarse con terapias lícitas, proporcionadas y que puedan asumirse sin un grave inconveniente. También es cierto que el profesional sanitario debe perseguir dicha promoción y respeto proponiendo terapias acordes con tal dignidad en cuanto el paciente se pone en sus manos y él adquiere una responsabilidad profesional. Además, en la alianza terapéutica, tanto la voluntad del paciente como la del profesional se hacen cargo responsablemente de los bienes en juego y tienden a converger en una unidad de criterio respecto a la terapia a adoptar en cada situación, respetando cada uno las competencias del otro en esta cuestión.

En el caso del rechazo a la transfusión de un testigo de Jehová no existe tal convergencia y estamos ante una divergencia ética de los interlocutores. Tal divergencia, sin embargo, puede ser resuelta en el plano de los principios y ello independientemente de si nos basamos en la teoría del error en la conciencia, como si apelamos al principio de autonomía.

Desde el punto de vista del error en la conciencia y por aplicación de los principios de promoción y respeto de

la persona y de libertad responsable, se propone un absoluto ético: el de no violentar la conciencia ética del paciente imponiéndole, en contra de su voluntad, determinados tratamientos. Es decir, la inviolabilidad de la conciencia del adulto es un punto de convergencia de ambos principios y teóricamente tiene que estar asumido por todos. Para nuestras tradiciones éticas en general quien actúa con conciencia errónea, formalmente esta viviendo los dos principios antedichos. El primero, en cuanto que ante un medio ilícito del que se puede seguir la recuperación de la salud hay el deber ético de rechazarlo, porque el medio ilícito es un medio de imposible uso y es contrario a la dignidad de la persona; y respecto al segundo, porque tal elección es una acción responsable.

Desde la perspectiva del principio de autonomía y atendiendo a una decisión en conciencia sustentada en la libertad de la persona, ha de ser respetada la decisión del paciente para quien sus imperativos éticos resultan irrenunciables y traducen su proyecto vital libremente escogido en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Su libertad, formada sobre su libre conciencia y traducida en operatividad merced al principio de autonomía, fundamenta su decisión y garantiza la inviolabilidad de su conciencia.



El testigo de Jehová cree, por tanto, que la transfusión constituye un medio ilícito del que se puede derivar la recuperación de la salud, pero que hay que rechazar porque existe un deber ético que impide aceptarlo al considerarse contrario a la dignidad de la persona; tal decisión, pese a su transcendencia, no deja de ser una acción responsable.

Así pues, aunque materialmente la acción vista por un tercero sea “objetivamente ilícita”, la actitud del testigo de Jehová que rechaza una terapia lícita, no es ilícita, sino que es una acción correcta. En esta objeción de conciencia a una terapia no existe por lo tanto actitud de suicidio por omi-

sión. La negativa al tratamiento no significa que se busque directamente la muerte; es más, de haber otra alternativa se elegiría, lo que indica que estamos ante un rechazo de medios. La libertad de conciencia garantiza que nadie pueda verse obligado a obrar en contra su conciencia, garantiza que a nadie se obligue a hacer algo que considera un mal ético.

Ello no impide que los profesionales de la sanidad, como en toda relación humana y especialmente en la clínica, intenten a través del diálogo y el consejo, utilizando todos los medios lícitos que vean convenientes, hacer desistir del rechazo a la transfusión del paciente, pero respetando siempre

la decisión de la conciencia de éste.

Sobre la base de los principios expuestos podemos indicar algunas exigencias éticas derivadas de ellos:

- a) El médico, en principio, ha de respetar la actitud de rechazo al tratamiento y ha de buscar otras soluciones posibles que sean aceptables por la conciencia del testigo de Jehová indicando, claro está, los riesgos y beneficios que tienen respecto al tratamiento habitual.
- b) Siempre ha de informarse con claridad al paciente de los riesgos que supone su actitud de rechazo al tratamiento. Se ha de cuidar al máximo que la decisión sea libre y no condicionada a presiones.
- c) Se ha de prestar especial atención en no contravenir el principio de no maleficencia. Éste sería violado si:
  - por comodidad o por rutina, el equipo sanitario no empleara todos los medios a su alcance para evitar o reducir la hemorragia.
  - no se efectuara un estudio preoperatorio completo para descartar trastornos de la coagulación.
  - no se valorara el riesgo quirúrgico.
  - no se seleccionara la de menor riesgo cuando hay varias alternativas disponibles.
  - no se conocieran, pudiendo conocerse, los tratamientos alternativos a la transfusión.
  - el profesional, por no implicarse

en un mayor riesgo, legal o no, no aplicara el mejor tratamiento posible de los que se dispone.

- se administrara una transfusión de sangre sin ser necesario.
- d) Se ha de primar la aplicación del principio de justicia evitando la discriminación en el tratamiento por motivos religiosos, situación que se daría si se decide, por principio, no tratar en un Centro o en un Servicio, a los pacientes Testigos de Jehová.
- e) Se ha de ser especialmente respetuoso con el principio de autonomía no interviniendo sin el consentimiento informado del paciente
- f) Se ha de aplicar con coherencia el principio de beneficencia no imponiendo a otro/a nuestra propia idea de bien ni causando daño con el fin de alcanzar el bien.

Desde un punto de vista ético, el conflicto de valores que subyace puede considerarse un ejemplo de colisión entre el principio de autonomía y los de beneficencia y no maleficencia. Ahora bien, estos principios no se refieren solamente a los aspectos físicos, sino que también incluyen el ámbito moral y espiritual, ya que imponer procedimientos contrarios a las creencias de los pacientes puede ser una actuación maleficente que atente contra la libertad y la dignidad de la persona.



## 5. Aspectos legales

El problema jurídico se plantea porque tanto los profesionales como las instituciones sanitarias tienen que compatibilizar sus derechos y deberes relacionados con la prestación sanitaria con los derechos y deberes de los pacientes.

En el caso de los Testigos de Jehová y por razones religiosas y/o éticas, tanto de los pacientes como de los demás partícipes en la relación, esa compatibilidad no puede darse siempre, ya que, en algunas ocasiones, entran en conflicto unos y otros derechos y deberes, por lo que se hace necesario determinar cuál de ellos, desde el punto de vista legal, se ha de respetar o aplicar con preferencia a los demás, al objeto de establecer criterios de actuación que garanticen la seguridad jurídica de todos, sanitarios y pacientes, al tiempo que se respetan los derechos de aplicación preferente.

La sociedad en que vivimos es una sociedad plural, constituida por individuos y colectivos con intereses y sensibilidades diversas, que en el ámbito religioso, se manifiesta en el reconocimiento de la libertad religiosa, y si bien las normas éticas y legales preconizan y promueven la aceptación del pluralismo y el respeto por la libertad individual, ello no evita que frecuentemente se originen conflictos como consecuencia de las discrepancias de valores. Así sucede entre los cristianos Testigos de Jehová

y los profesionales sanitarios que les atienden cuando se produce el rechazo de una transfusión de sangre y con ello el peligro de perder la vida. El conflicto de valores que en estos casos se plantea afecta de pleno al ejercicio de la libertad religiosa, ya que la fidelidad a la propia fe representa para estas personas un valor de mayor rango que la propia vida.

La libertad religiosa, como libertad pública y como derecho fundamental, está reconocida en las principales declaraciones y leyes, tanto nacionales como internacionales, sobre derechos humanos. El artículo 18 de la Declaración Universal de Derechos Humanos reconoce el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; y la Constitución española también la reconoce en su artículo 16.1 como tal derecho fundamental: Se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades sin más limitación, en sus manifestaciones, que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley. Por otra parte, nuestro Tribunal Constitucional se ha pronunciado reiteradamente en el sentido de que la libertad religiosa garantiza la existencia de una parcela íntima de creencias y, por tanto, un espacio de autodeterminación intelectual que actúa, en todo momento, vinculado a la propia personalidad y dignidad individual. Ello

incluye una dimensión externa que faculta a los ciudadanos para actuar conforme a sus propias convicciones, y a mantenerlas frente a terceros.

El derecho a la libertad religiosa debe ser interpretado teniendo en cuenta que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico (artículo 1.1 del texto constitucional) y que la dignidad de la persona constituye el fundamento del orden político y social (artículo 10.1). Es así como el derecho de una persona a la vida (artículo 15) no puede considerarse como jerárquicamente superior al derecho a defender las propias convicciones, de hecho, la Constitución no jerarquiza los principios y derechos, y el Estado no puede, por tanto, imponer a los ciudadanos la obligación de vivir contra su voluntad en todas las circunstancias, ya que no en todos los casos se puede obligar al ejercicio de un derecho. El deber del Estado de velar por la vida y la salud de las personas finaliza con la renuncia expresa de la persona a recibir protección y tratamiento médico. En estos casos, la intervención del Estado sólo se justifica si existe riesgo para la salud y la vida de terceros.

En un ámbito más específico, es preciso tener en cuenta las directrices establecidas por el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología

**El derecho a la libertad religiosa debe ser interpretado teniendo en cuenta que la libertad es uno de los valores superiores de nuestro ordenamiento jurídico (artículo 1.1 del texto constitucional) y que la dignidad de la persona constituye el fundamento del orden político y social (artículo 10.1). Es así como el derecho de una persona a la vida (artículo 15) no puede considerarse como jerárquicamente superior al derecho a defender las propias convicciones, de hecho, la Constitución no jerarquiza los principios y derechos, y el Estado no puede, por tanto, imponer a los ciudadanos la obligación de vivir contra su voluntad**

y la medicina, de 4 de abril de 1997 y vigente en España desde el 1 de enero de 2000 (Convenio de Oviedo) y la normativa de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. El artículo 5 del Convenio de Oviedo establece, como norma general, que una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después

de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Por su parte, los apartados 2, 3 y 4 del artículo 2 de la ley 41/2002 determinan un entorno legal bien definido: 2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito

en los supuestos previstos en la Ley.

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

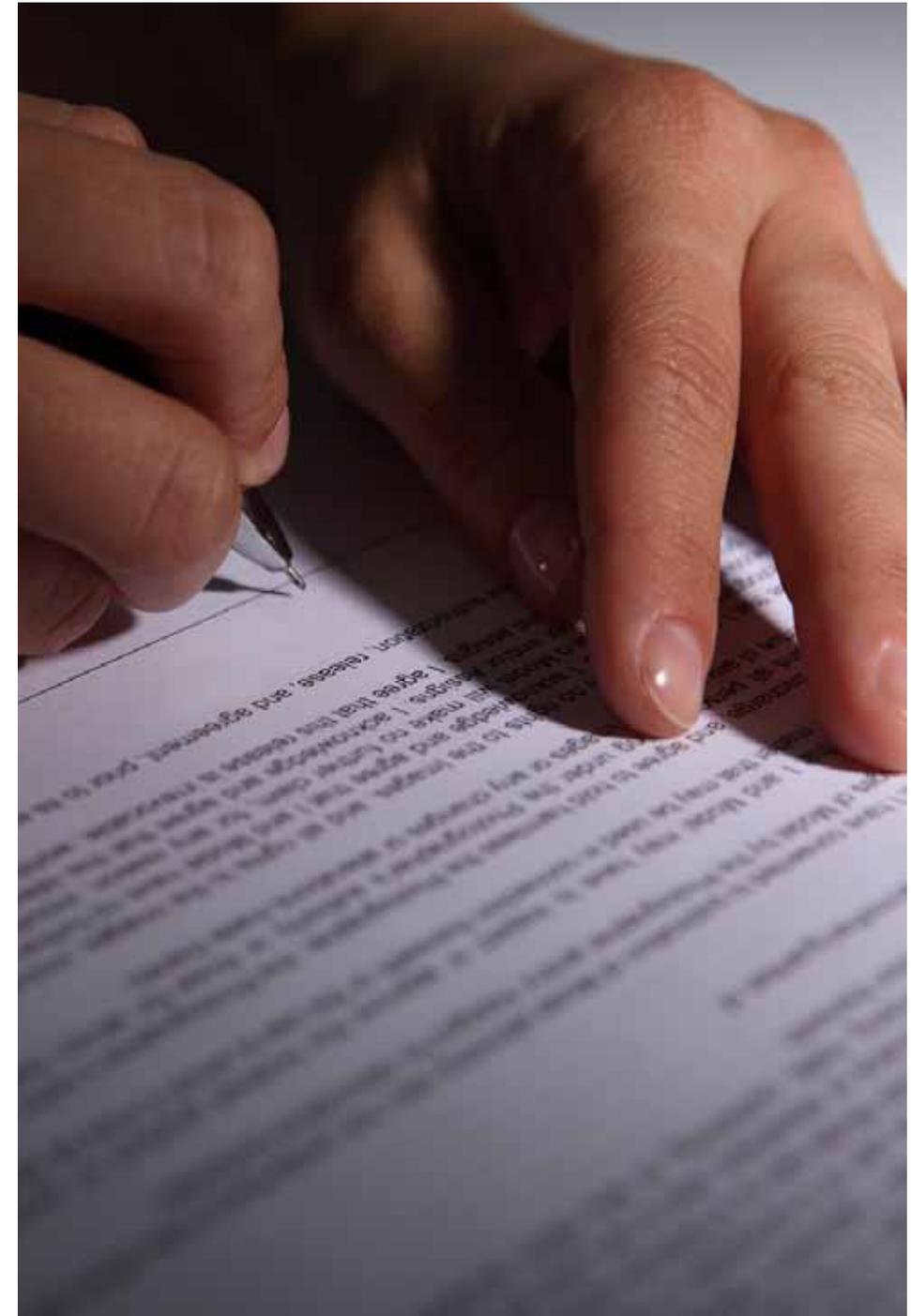
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito. Tan sólo es posible la actuación del facultativo sin necesidad de recabar el previo consentimiento del paciente en los supuestos establecidos en el artículo 9.2 letras a) y b) de la citada ley: a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. [...] b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

Pese a la existencia de todo este soporte normativo, y a la consolidación de una jurisprudencia cada vez más respetuosa con el derecho de los pacientes a decidir sobre sus tratamientos, en la práctica la aceptación de las decisiones de los Testigos de Jehová de rechazo a la transfusión, con peligro cierto para la vida, genera situaciones de conflicto en el entorno sanitario.

En base a las consideraciones expuestas, es posible establecer una serie de afirmaciones básicas que

nos sirven de punto de partida en la protocolización de las pautas de actuación:

- Las personas que pertenecen a los cristianos Testigos de Jehová se niegan, de manera generalizada, a recibir transfusiones de sangre y hemoderivados aunque ello ponga en peligro su vida, negativa que se debe a la observancia de sus preceptos religiosos, lo cual sin embargo, no hay que considerarlo como una negativa a recibir asistencia médica, pues de hecho acuden al centro sanitario demandando asistencia.
- La Constitución, al reconocer el valor de la dignidad humana, protege de forma no jerarquizada el derecho a la vida y el derecho de libertad religiosa.
- El desarrollo normativo y jurisprudencial, tanto autonómico como estatal, reconoce la libertad de elección del paciente entre las opciones de tratamiento disponibles, así como su derecho a negarse al tratamiento y la necesidad de contar con su consentimiento informado. El ejercicio de la autonomía personal comporta la asunción de las correspondientes responsabilidades y riesgos por parte del paciente, ya que mientras no se demuestre lo contrario, es una decisión voluntaria, informada y competente.



## 6. Pautas de actuación

### 6.1. Presupuestos

El Comité de Ética Asistencial trata de situar los problemas a la luz de los cuatro principios definidos anteriormente (no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), evaluando las consecuencias que se derivan de optar por una alternativa terapéutica u otra.

El principio de no maleficencia nos obliga a un correcto diagnóstico de la situación y a evaluar las posibilidades de éxito de las alternativas terapéuticas de que disponemos. En este sentido el estudio del paciente y la aplicación orientativa de consideraciones técnicas, nos pueden ayudar a encauzar el pronóstico y el tratamiento más adecuado, según la buena práctica clínica. Para el Comité de Ética Asistencial, los principios de no maleficencia y de justicia corresponden a la ética de mínimos y, por ello, son exigibles en nuestra sociedad y gozan de una específica articulación legal. En la práctica profesional, debemos dotarnos de poderosas razones y de fundados argumentos, para actuar de forma diferente a la que, habitualmente viene considerándose como buena praxis.

En este sentido la opinión del enfermo basada en el ejercicio de su autonomía, su libertad responsable y el respeto a su persona puede decidir una alternativa terapéutica buena para él y, que dicha opinión, no sea

**Estimamos que la exigencia de coherencia y de responsabilidad en el enfermo está íntimamente unida a la proporcionalidad o gravedad de las consecuencias que pueden derivarse de tomar una alternativa u otra. De esta forma, si las consecuencias que prevemos no ponen en riesgo la vida del paciente, el nivel de exigencia será mucho menor que el que debiéramos tener si su vida corriera un grave riesgo con dicha decisión.**

coincidente con la del médico o la comunidad médica. Siempre que podamos asegurarnos que el enfermo está totalmente informado de su patología, de los diferentes tratamientos de que dispone (incluido el no hacer nada), de que es una persona coherente y consecuente y de que su decisión no está condicionada por nadie, podremos deducir que su decisión es válida y que está ejerciendo los principios que la sustentan.

Por otra parte, estimamos que la exigencia de coherencia y de responsabilidad en el enfermo está íntimamente unida a la proporcionalidad o gravedad de las consecuencias que pueden derivarse de tomar una alternativa u otra. De esta forma, si

las consecuencias que prevemos no ponen en riesgo la vida del paciente, el nivel de exigencia será mucho menor que el que debiéramos tener si su vida corriera un grave riesgo con dicha decisión. De igual manera, sería exigible al médico que le atiende, que su negativa a tratar a un enfermo que manifiesta de forma clara y argumentada su opinión, deba basarse en sólidos criterios, que además de tener en cuenta la buena praxis, sostenga unos razonamientos que justifiquen su rechazo. Ello no quita la posibilidad de que el médico pueda ejercer, en último extremo, su derecho a la objeción de conciencia. En este caso habrá de quedar garantizado tanto el derecho que asiste al médico a formu-

lar su objeción, como el del paciente a recibir el tratamiento en términos que sean compatibles con su decisión en conciencia.

El Comité de Ética Asistencial estima que el respeto a la libertad de conciencia y religiosa que debemos a los Testigos de Jehová o de cualquier otra creencia, puede hacer necesario reconsiderar la pauta médica que estimamos más adecuada.

Por dichos motivos y como criterio básico a tener en cuenta, el Comité se muestra partidario siempre, pero sobre todo cuando el riesgo de vida sea evidente, de dialogar de forma constante y sostenida con el enfermo Testigo de Jehová, libre de presiones externas, con objeto de asegurarnos de:

- Que está plenamente informado de su enfermedad, de su tratamiento, de las alternativas y de las consecuencias que pueden preverse de seguir dichas alternativas.
  - Que está capacitado y es plenamente consciente de la decisión que va a tomar, por ser auténtica y coherente con su vida y su forma de pensar.
- Por ello, en el contexto de una relación clínica respetuosa y completa, este Comité considera que, aunque en general la vida debería ser preservada en lo posible por todos los medios proporcionados a la situación patológica del paciente, éste puede renunciar, por motivos de conciencia, a alguno de esos medios, aun con riesgo para la

propia salud o incluso para la propia vida. Por tanto esa decisión debe ser respetada por el personal sanitario responsable del proceso del paciente. Es preciso, además, tener en cuenta las directrices marcadas por la normativa vigente, en especial y por lo que se refiere a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, en cuyo artículo 47 específicamente se regula la negativa a recibir una técnica o procedimiento sanitario.

## 6.2. Aspectos a tener en cuenta

**a) Capacidad del paciente:** El principio de autonomía, entendido como respeto al proyecto de vida propio y a la responsabilidad sobre el mismo, implica que todo adulto es, en principio, capaz para decidir por sí mismo si acepta o rechaza un determinado tratamiento, constituyéndose en interlocutor válido ante el equipo médico que le atiende. Dado el alcance que puede tener la decisión de rechazar la transfusión de sangre y/o hemoderivados, al equipo médico no le deben quedar dudas sobre la capacidad del paciente frente a su decisión, por ello, en el caso de albergar dudas sobre esta cuestión será necesario realizar una evaluación específica donde se

valore su capacidad de comprensión, apreciación y razonamiento sobre la situación, pudiendo solicitar la colaboración del Servicio de Psiquiatría.

**b) Comunicación médico-paciente:**

Hay que lograr una buena comunicación entre el médico y el paciente que rechaza la transfusión de sangre y/o hemoderivados, sin entrar a cuestionar el planteamiento ético en el que basa su decisión y a pesar de que ésta pueda comportar riesgos ciertos para la vida. Debe evitarse que se generen situaciones conflictivas que puedan provocar una demora en la asistencia. El equipo sanitario ha de poner en conocimiento del paciente que respeta su voluntad.

**c) Historia clínica:** Todo el procedimiento que se siga en relación con la negativa a la transfusión de sangre y/o hemoderivados ha de recogerse de forma detallada en la historia clínica, en la que no ha de figurar de forma expresa la creencia religiosa que lleva al paciente a rechazar la transfusión. La negativa al tratamiento deberá constar por escrito, tal y como exige la ley.

**d) Consentimiento informado:**

La formulación del consentimiento informado para pacientes que rechazan la transfusión de sangre y/o hemoderivados, ha de realizarse mediante los documentos específicos que se adjuntan a este protocolo y cuya firma se realizará de manera

que se garantice tanto la completa comprensión del paciente de los riesgos que el rechazo de la transfusión comporta, como la autonomía de su decisión, sin que medie ningún tipo de coacción externa. La cumplimentación de estos documentos no excluye la realización correcta del resto de protocolos de consentimiento informado quirúrgicos y/o médicos existentes que procedan según el caso.

**e) Vinculación al protocolo:** Como todos los documentos elaborados por el Comité de Ética Asistencial, este protocolo es orientativo para la actuación del profesional sanitario, que es, en último caso, el responsable de su decisión. Únicamente se exponen los motivos por los que el CEA considera que se debería respetar la decisión autónoma del paciente, se recuerdan las condiciones necesarias para que esta decisión se pueda considerar autónoma y se apunta una posible pauta de actuación en estos casos, para facilitar la homogeneidad y evitar demoras en los tratamientos.

Corresponde a la Dirección del Centro, junto con los Servicios más implicados, decidir si se adopta este protocolo para la asistencia habitual en nuestro Hospital, valorar la posibilidad de implantar métodos de ahorro de sangre que faciliten la atención a estos pacientes y con-

**La conciencia es individual y, por tanto, debe ser individual la objeción de conciencia. Si se diera el caso de que todos los miembros del Servicio implicado, de forma individual, invocaran su derecho a la objeción de conciencia, la Dirección del Centro debería buscar otro lugar donde el enfermo pudiera ser atendido de acuerdo con sus convicciones, siempre dentro de lo posible.**

cretar la vía por la que un profesional implicado podría retirarse del cuidado de un paciente en caso de conflicto de conciencia, dejando el caso en manos de otro profesional. Interesa aclarar que los conflictos de conciencia no pueden ser colectivos, es decir, de todo un Servicio o de toda una institución. La conciencia es individual y, por tanto, debe ser individual la objeción de conciencia. Si se diera el caso de que todos los miembros del Servicio implicado, de forma individual, invocaran su derecho a la objeción de conciencia, la Dirección del Centro debería buscar otro lugar donde el enfermo pudiera ser atendido de acuerdo con sus convicciones, siempre dentro de lo posible. Pensamos que este caso es difícil que se produzca, pues cada

vez es más amplio el número de profesionales que, tras un planteamiento ético profundo, optan por respetar la conciencia del paciente en esta situación.

**f) Valoración por los servicios quirúrgicos:**

Si bien toda indicación quirúrgica lleva aparejada, con carácter previo, la realización de un balance riesgo/beneficio, al entrañar el rechazo al tratamiento transfusional un mayor riesgo quirúrgico para el paciente, el cirujano ha de analizar las posibles técnicas a emplear optando siempre por la que tenga menos riesgo de sangrado. En el caso de que exista un procedimiento médico alternativo, se le ha de proponer éste al paciente. Descartada la posibilidad de alternativas a la cirugía, se ha de realizar una in-

terconsulta al Servicio de Anestesia y Reanimación para que valoren si son aplicables los métodos de ahorro de sangre implantados en el hospital, con la técnica quirúrgica propuesta dándose nueva cita al paciente para actuar de acuerdo con la respuesta del anestesta. Si la respuesta es favorable a que se intervenga en el centro, el cirujano ha de recabar del paciente la firma de los consentimientos informados relacionados con los procedimientos quirúrgicos que se van a seguir, solicitando el preoperatorio que proceda y su inclusión en la lista de espera quirúrgica. Si la respuesta del anestesta no fuera favorable a que se intervenga en el centro, el cirujano habrá de seguir los trámites establecidos para derivarlo, a través del Servicio de Admisión, a otro centro sanitario donde pueda ser asistido de acuerdo con su decisión.

**g) Valoración por el servicio de anestesia y reanimación:** Se recomienda que la primera entrevista que mantenga el anestesta con el paciente sea en privado, sin la presencia de familiares, para asegurarse de que no está coaccionado y de que su decisión es libre. La decisión de aplicar o no técnicas de ahorro de sangre debe ser tomada de forma individual para cada paciente, teniendo en cuenta una serie de variables como son: sus circunstancias

clínicas, valores del hematocrito, concentrado de hemoglobina etc. Corresponde al Servicio de Anestesia y Reanimación determinar si el paciente puede ser intervenido o no en el centro, de acuerdo con el tipo de técnica quirúrgica propuesta y con los métodos de ahorro de sangre disponibles. Su decisión ha de ser comunicada, con carácter inmediato, tanto si es o no favorable, al cirujano que realice la interconsulta. En el caso de ser favorable, habrá de recabarse la firma del documento de consentimiento informado.

### 6.3. Pautas

#### 6.3.1. Actividad Programada

**a) Pacientes adultos capaces (mayores de 18 años).** En opinión del CEA, se ha de respetar la voluntad del paciente de no ser transfundido. El equipo médico ha de asegurarse de que el paciente tiene capacidad suficiente para tomar esta decisión. Es imprescindible recabar la firma del documento de consentimiento informado en el que se manifieste expresamente la negativa a ser transfundido y que será incorporado a la historia clínica o, en su caso, el documento de instrucciones previas (voluntades anticipadas). El paciente debe ser informado de la naturaleza de su enfermedad, de la probabilidad de que precise transfusión, de las razones médicas

**Como la ley prevé con carácter general para los casos en que el paciente no pueda manifestar directamente la propia voluntad, quienes deseen que sean respetadas sus decisiones de rechazo a la transfusión de sangre y/o hemoderivados, pueden otorgar un documento de instrucciones previas (voluntades anticipadas) siguiendo los requisitos legales previstos.**

de la misma, de las alternativas terapéuticas posibles, así como de las posibles complicaciones. Conviene evitar las influencias externas, manteniendo una entrevista privada con el paciente.

**b) Pacientes menores (con 16 años cumplidos o emancipados).** La pauta descrita en el número anterior se ha de aplicar también cuando se trate de pacientes menores con dieciséis años cumplidos o emancipados, no incapaces ni incapacitados, en cuyo caso, según el art. 9.3 c) de la ley 41/2002, no cabe prestar el consentimiento por representación, es decir, le corresponde a ellos otorgarlo. Ahora bien, la ley de autonomía del paciente contempla que en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres

serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

#### **c) Pacientes adultos incapaces**

· Con carácter general:  
Como la ley prevé con carácter general para los casos en que el paciente no pueda manifestar directamente la propia voluntad, quienes deseen que sean respetadas sus decisiones de rechazo a la transfusión de sangre y/o hemoderivados, pueden otorgar un documento de instrucciones previas (voluntades anticipadas) siguiendo los requisitos legales previstos.

Si en el momento de plantear la necesidad de la transfusión, el paciente no es competente para dar su consentimiento, deberán respetarse los deseos del enfermo al tiempo de ser competente, si éstos fueran conoci-

dos. Para ello, se consultará con el Registro Murciano de Instrucciones Previas por si hubiera formalizado e inscrito las que serían sus voluntades anticipadas, es decir, las que serían sus preferencias en relación con los cuidados y tratamientos que desea o no recibir, en el momento en el que ya no es capaz de expresarlos, para que estos sean respetados, siempre que se ajusten al ordenamiento jurídico.

Tienen acceso al Registro Murciano de Instrucciones Previas, vía telemática, los Jefes de la Guardia y los directivos médicos del centro, a los que habrá que dirigirse para que confirmen si el paciente ha otorgado documento de instrucciones previas y señalen cuál es su contenido. En el documento, el paciente puede haber nombrado un representante, en cuyo caso, será el interlocutor válido ante el equipo sanitario para otorgar el consentimiento.

· Respecto de la incapacidad natural: Si no existe documento de instrucciones previas ni se ha nombrado representante sanitario, el consentimiento lo han de otorgar las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho. Ahora bien, en estas situaciones de imposibilidad del paciente para manifestar su voluntad, no serán vinculantes para los médicos las manifestaciones verbales de las personas vinculadas al paciente por razones

familiares o de hecho si el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado supone grave riesgo para la salud o la vida del paciente. Tratándose de situaciones no urgentes se consultará con la autoridad judicial (Juzgado de Guardia).

· Respecto de la incapacidad legal: En el caso de los adultos incapacitados, es decir, aquellos declarados incapaces por sentencia judicial, el consentimiento lo da el tutor o tutores legales designados en la sentencia de incapacitación. No se acepta en principio el consentimiento por representación cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del enfermo. Tratándose de situaciones no urgentes se consultará con la autoridad judicial (Juzgado de Guardia).

**d) Pacientes menores (entre 12 y 16 años).** Es el caso de los adolescentes, es decir, con más de doce años, y menores de dieciséis y no emancipados.

Este es, con toda seguridad, el supuesto que mayor número de dudas plantea a nivel jurídico. Dudas que proceden de que, en las últimas décadas, se ha producido un cambio de enfoque en la protección jurídica de la infancia que consiste, fundamentalmente, en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos a los menores de edad y de su capacidad progresiva para ejercerlos. La



Convención de Derechos del Niño de 1989 y la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor de 1996 se sitúan en esta línea. La LO de 1996 atribuye al menor los derechos a recibir y utilizar la información adecuada a su desarrollo (art. 5.1), la libertad ideológica, religiosa y de conciencia (art. 6); y el derecho a ser oído tanto en el ámbito familiar como en los procedimientos en los que esté directamente implicado y que conduzcan a una decisión que afecte a su esfera personal, familiar o social (art. 9.1). La ley, en todo caso, pone en primer término el interés superior del menor (art. 11.2) que se define doctrinalmente como la protección de sus derechos fundamentales y el desarrollo de su personalidad.

Del tenor literal del artículo 9.3 c) de la Ley 41/2002 se desprende que el menor de edad puede decidir por sí mismo siempre que sea capaz inte-

lectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, estableciéndose una serie de fronteras en función de la edad. Dentro de esas fronteras, nada prescribe la ley en el supuesto del menor de edad entre 12 y 16 años que goza de suficiente capacidad para comprender el alcance de la intervención, por lo que nos encontramos ante un vacío legal. Existen normas en nuestro Código Civil que dan relevancia a las decisiones del menor maduro (siempre mayor de 12 años), pero ninguna de ellas se significa en cuestiones de tanta trascendencia como lo es el riesgo grave para la salud; pese a ello, el reconocimiento del ejercicio por parte del menor maduro de su derecho a la libertad religiosa, puede plantear situaciones de conflicto entre derechos. Es evidente que, cuanto menos, el menor tiene derecho a ser oído, pero ¿qué relevancia jurídica

pueden tener algunas de sus decisiones? A día de hoy la cuestión no está resuelta; pero sí que existe alguna primera aproximación desde la jurisprudencia constitucional como es el caso de la Sentencia del T.C. 154/2002 en la que, tras la muerte de un menor de 13 años Testigo de Jehová, se afirma que, en el caso concreto juzgado por la sentencia, no se dan los datos suficientes para concluir con certeza que el menor fallecido tuviera la madurez de juicio necesaria para asumir una decisión de semejante trascendencia vital; lo que a sensu contrario parece indicar que, caso de haberse certificado la madurez del menor, su decisión de no ser transfundido podría haber tenido relevancia. Las dudas siguen persistiendo en cuanto que nada se indica respecto de los medios a utilizar para alcanzar la certeza de la madurez del menor.

Ante esta situación de incertidumbre y aplicando el interés del menor, a día de hoy, parece que lo más adecuado es seguir la siguiente pauta:

- Si el menor tiene doce años cumplidos, deberá ser escuchado.
- Si su decisión es la de aceptar la transfusión, ésta se debe realizar aún con la oposición de padres o tutores, comunicándose a la autoridad judicial.
- Si el menor se niega a la transfusión, pero la aceptan sus padres o tutores, se debe realizar sin que sea

preciso ningún tipo de intervención judicial.

- En caso de negativa de los padres o tutores debe evacuarse consulta previa a la autoridad judicial o a la Fiscalía de Menores.

#### **e) Pacientes menores de 12 años**

Tratándose de niños menores de doce años, la decisión la debe tomar el representante legal (padres o tutor) del menor, en interés del menor, por eso, no se aceptará el consentimiento por representación o sustitución cuando, el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del menor. En las situaciones no urgentes, se consultará antes con la autoridad judicial.

### **6.3.2. Actividad de Urgencia**

**a) Pacientes adultos capaces (mayores de 18 años).** En el supuesto de urgencia no demorable, en que no sea posible para el personal sanitario que ha de atenderle, conocer con seguridad la voluntad del paciente, habrá de actuarse de la misma forma que en el adulto incapaz.

**b) Pacientes menores (con 16 años cumplidos o emancipados).** Es igualmente aplicable el supuesto de urgencia no demorable en que no sea posible para el personal sanitario conocer con seguridad la voluntad del paciente. Se habrá de actuar según lo prescrito para el adulto incapaz.

#### **c) Pacientes adultos incapaces**

· Respecto de la incapacidad natural: Al igual que en el caso de las actividades programadas, en las situaciones de urgencia vital no serán vinculantes para los médicos las manifestaciones verbales de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho si el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado supone grave riesgo para la salud o la vida del paciente.

Tal y como prescribe el artículo 9.2 b) de la Ley 41/2002/ los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos: [...] cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. En estos supuestos, los facultativos han de actuar, por tanto, según su mejor criterio en aras de preservar la vida del paciente, y se comunicará con la mayor rapidez posible a la familia y a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia), las actuaciones asistenciales realizadas, si estas hubieran implicado la transfusión de sangre y/o hemoderivados.

· Respecto de la incapacidad legal: En el caso de los adultos incapa-

citados (declarados incapaces por sentencia judicial) no se acepta el consentimiento por representación cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado supone riesgo grave para la salud o la vida del enfermo. Se comunicará con la mayor rapidez posible a la familia y a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia), las actuaciones asistenciales realizadas, si estas hubieran implicado la transfusión de sangre y/o hemoderivados.

#### **d) Pacientes menores (entre 12 y**

**16 años).** Si tanto menor como sus padres o tutores se niegan a la transfusión y se trata de una situación de urgencia, debe realizarse la transfusión y comunicarse a la autoridad judicial o a la Fiscalía de Menores.

#### **e) Pacientes menores de 12 años.**

En situaciones de urgencia, el médico actuará según su mejor criterio en aras de preservar la vida del paciente y así se lo comunicará a los padres o tutores del menor que rechazaron su transfusión y a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia) o a la Fiscalía de Menores.

### **6.3.3. Historia clínica**

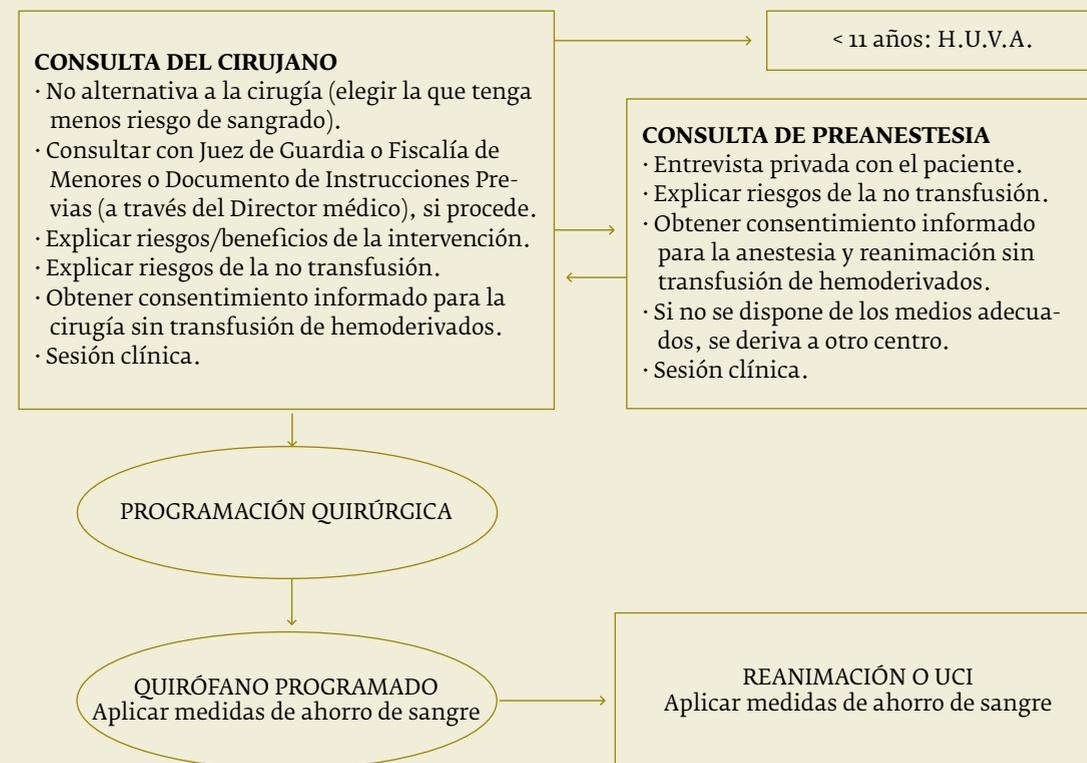
Con carácter general todas las decisiones tomadas deben constar en la historia clínica, así como los motivos por los que se toma dicha decisión, especialmente en los casos de conflicto de voluntades o de pacientes menores o incapaces.

## ESQUEMA DE PAUTAS DE ACTUACIÓN

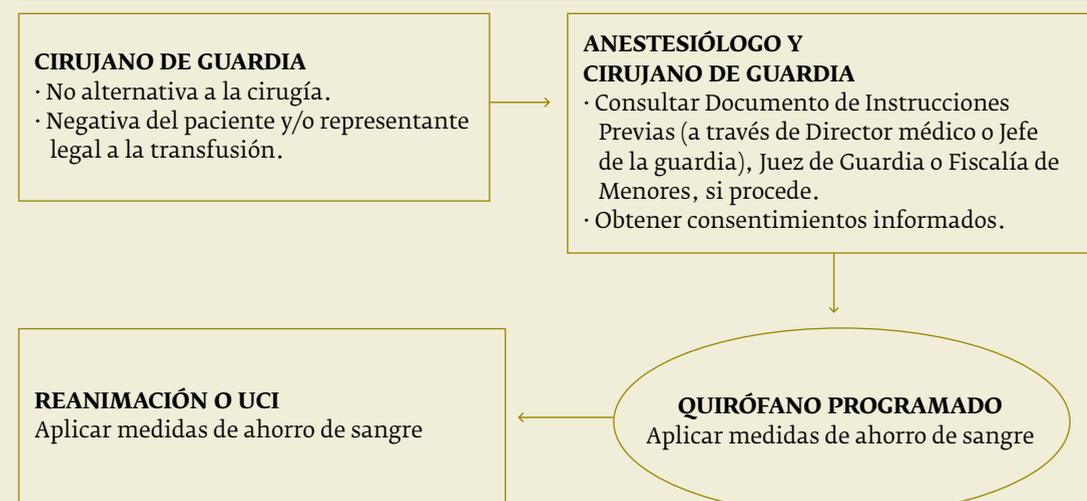
<b>ADULTO CAPAZ</b> (mayor de 18 años)	Se respetará su voluntad	No transfundir si así lo desea y siempre que haya firmado el Consentimiento Informado. En su caso, se hará consultará el Documento de Instrucciones Previas (voluntades anticipadas).
<b>MENORES</b> (con 16 años cumplidos o emancipados)	Se respetará su voluntad	En caso de actuación de grave riesgo, según criterio facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente
<b>ADULTO CON INCAPACIDAD NATURAL</b>	Se respetarán los deseos del paciente, si estos fueran conocidos por: 1. Las Instrucciones Previas. 2. El representante sanitario. 3. Las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.	En las situaciones de urgencia vital y de imposibilidad del enfermo para manifestar su voluntad, no serán vinculantes para los médicos las manifestaciones verbales de las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente aceptado suponga riesgo grave para la salud o la vida del paciente. En este caso, se comunicará al Juzgado de Guardia. En situaciones no urgentes, sin que conste documento de instrucciones previas, se consultará con la autoridad judicial (Juzgado de Guardia)
<b>ADULTO INCAPACITADO</b> (declarado incapaz por sentencia judicial)	a) El consentimiento por representación lo otorgan los representantes legales (el tutor o tutores legales designados en la sentencia de incapacitación) b) No se aceptará el consentimiento por representación cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del paciente	- En situaciones de urgencia, el médico actuará según su mejor criterio en aras de preservar la vida del paciente. Lo comunicará a los tutores y a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia). - En situaciones no urgentes, se consultará antes con la autoridad judicial (Juzgado de Guardia)
<b>MENOR</b> (entre 12 y 16 años)	a) El consentimiento lo otorgan los padres o tutores (es un consentimiento por representación). b) No se aceptará el consentimiento por representación o sustitución cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del menor. c) El menor deberá ser escuchado antes de la toma de decisiones	- En situaciones de urgencia, el médico actuará según su mejor criterio en aras de preservar la vida del paciente. Lo comunicará a los padres o tutores y a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia) o Fiscalía de Menores. - En situaciones no urgentes, se consultará antes con la autoridad judicial (Juzgado de Guardia) o Fiscalía de Menores - Si acepta la transfusión, se realizará aún con la oposición de padres o tutores. Esta situación se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial.
<b>NIÑOS</b> (menores de 12 años)	a) El consentimiento lo otorgan los padres o tutores (es un consentimiento por representación). b) No se aceptará el consentimiento por representación cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del niño.	- En situaciones de urgencia, el médico actuará según su mejor criterio en aras de preservar la vida del paciente. Lo comunicará a los padres o tutores y a la autoridad judicial (Juzgado de Guardia) o a la Fiscalía de Menores. - En situaciones no urgentes, se consultará antes con la autoridad judicial.

## DIAGRAMA DE FASES

### CIRUGÍA PROGRAMADA



### CIRUGÍA URGENTE



A pair of spiral-bound notebooks, one blue and one green, are shown. The blue notebook is in the foreground, and the green one is behind it. A black pen is resting on the blue notebook. The word "FORMULARIOS" is written in white capital letters on the blue notebook.

## FORMULARIOS



D./ª ..... de ..... años de edad, en plena posesión de mis facultades mentales y cognoscitivas, libre y voluntariamente

**DECLARO:**

Que estando ingresado en el Hospital General Universitario Morales Meseguer a causa de

Se me ha comunicado por el médico responsable

Dr. .... que mis valores de recuento de glóbulos rojos, o plaquetas son inferiores al límite tolerado, y que, según los criterios del equipo médico que me atiende, necesito una transfusión de sangre o de alguno de sus derivados, dado que no existe otro tratamiento alternativo que pueda evitar el riesgo de pérdida de mi vida.

Que he comprendido la información que se me ha proporcionado y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Que se me ha informado del derecho que tengo a una segunda opinión e incluso a modificar cuando quiera la decisión que adopto en este momento.

Que, no obstante, ME NIEGO A ACEPTAR CUALQUIER TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA O DE SUS DERIVADOS, siendo consciente de que mi negativa puede acarrear la muerte.

Que pese a lo anterior, también quiero que conste mi deseo de ser tratado con el resto de las alternativas terapéuticas posibles.

Que asumo, ante el Hospital y ante el equipo sanitario que me atiende, que soy el único responsable de esta decisión y de cuantas consecuencias se deriven de la misma.

En ....., a ....., de ....., de .....

Firma del paciente

Nombre.....

DNI.....

Firma del médico responsable

Nombre.....

Nº Colegiado.....

**Testigos:**

Firma

Nombre.....

DNI.....

Firma

Nombre.....

DNI.....



D./ª ..... de ..... años de edad, en plena posesión de mis facultades mentales y cognoscitivas, libre y voluntariamente

**DECLARO que:**

Estoy siendo atendido en el Hospital General Universitario Morales Meseguer, con el diagnóstico de .....

En el día de hoy se me ha comunicado por el Dr. ...., de la necesidad de realizar la intervención ..... para tratar de la forma más adecuada mi enfermedad.

Además se me ha informado por dicho médico de los beneficios que se esperan, de los riesgos que comporta dicha intervención, de las posibles alternativas a la misma según los medios asistenciales de este Centro, así como del riesgo potencial de realizar dicha intervención sin transfusión de sangre o de sus derivados.

He comprendido la información que se me ha proporcionado y he podido formular todas las preguntas que he creído oportunas.

Asimismo se me ha informado del derecho que tengo a una segunda opinión e incluso a modificar cuando quiera la decisión que adopto en este momento.

**En consecuencia:**

DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA INTERVENCIÓN, PERO SIEMPRE QUE SE LLEVE A CABO SIN QUE SE EFECTÚE TRANSFUSIÓN DE SANGRE O DE SUS DERIVADOS, a pesar de que soy plenamente consciente de que ello puede causarme secuelas graves y permanentes, cognitivas, motoras y sensoriales, e incluso acarrear la muerte.

Mi negativa explícita a recibir sangre o sus derivados es absoluta y no debe ser invalidada de ninguna manera, por ningún familiar ni facultativo. Tal negativa permanecerá en vigor, incluso cuando me encuentre inconsciente o sea considerado incapaz, salvo que yo expresamente la revoque por escrito.

ASUMO, ante el Hospital y ante el equipo sanitario que me atiende, que soy el único responsable de esta decisión y de cuantas consecuencias se deriven de la misma.

En ....., a ....., de ....., de .....

Firma del paciente

Nombre.....

DNI.....

Firma del médico responsable

Nombre.....

Nº Colegiado.....

**Testigos:**

Firma

Nombre.....

DNI.....

Firma

Nombre.....

DNI.....



Dr./Dra. ....y .....  
hemos informado al paciente y/o al tutor o familiar del objeto y la naturaleza del procedimiento que se le va a realizar explicándole los riesgos, complicaciones y alternativas posibles, así como los riesgos añadidos por la realización de dicho procedimiento sin el uso de sangre y hemoderivados y las complicaciones posibles por el uso de los métodos de ahorro de sangre disponibles.

Firma del médico

Fdo. : .....  
(nombre y apellidos)

Nº de colegiado: .....

Firma del médico

Fdo. : .....  
(nombre y apellidos)

Nº de colegiado: .....



D/Dª .....  
médico responsable del paciente / de la paciente D/ª .....  
....., de ..... años de edad, que se encuentra ingresado en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, con un diagnóstico de .....  
....., ante el Juzgado comparezco y digo:

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

La negativa a la práctica de la mencionada transfusión conlleva necesariamente/probablemente, a juicio del firmante o del equipo médico que atiende al paciente, riesgo vital.  
· Como quiera que la intervención es urgente y el paciente es menor de edad/incapaz,  
o  
· Como quiera que, según la normativa vigente, no es posible proceder a la intervención sin el previo y preceptivo consentimiento del paciente o de sus familiares o allegados, es por lo que al Juzgado

**SUPlico**

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

En....., a....., de ....., de .....

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

- llevar a cabo la intervención de dicho paciente a que se refiere este escrito y practicarle, si fuera necesario, la o las transfusiones sanguíneas que el equipo médico de este centro considere convenientes, aun sin el consentimiento de los padres/familiares/allegados.

En....., a....., de ....., de .....

Fdo. Dr/ra .....



D/D<sup>a</sup> .....,  
médico responsable del paciente / de la paciente D/<sup>a</sup> .....,  
....., de ..... años de edad, que se encuentra ingresado  
en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, con un diagnóstico  
de .....,  
....., ante el Juzgado comparezco y digo:

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

La negativa a la práctica de la mencionada transfusión conlleva necesariamente/probabilmente,  
a juicio del firmante o del equipo médico que atiende al paciente, riesgo vital.  
· Como quiera que la intervención es urgente y el paciente es menor de edad/incapaz,  
o  
· Como quiera que, según la normativa vigente, no es posible proceder a la intervención  
sin el previo y preceptivo consentimiento del paciente o de sus familiares o allegados,  
es por lo que al Juzgado

**SUPLICO**

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

En ....., a ....., de ....., de .....

Se sirva dar al equipo médico de este Hospital, que atiende a

D/<sup>a</sup> .....,  
a la mayor urgencia posible, la autorización, en su caso, para:

- negar el alta voluntaria solicitada, por los padres/familiares/allegados.
- llevar a cabo la intervención de dicho paciente a que se refiere este escrito y practicarle,  
si fuera necesario, la o las transfusiones sanguíneas que el equipo médico de este centro  
considere convenientes, aun sin el consentimiento de los padres/familiares/allegados.

En ....., a ....., de ....., de .....

Fdo. Dr/ra .....



D/D<sup>a</sup> .....,  
médico responsable del paciente / de la paciente D/<sup>a</sup> .....,  
..... de ..... años de edad, que se encuentra ingresado  
en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, con un diagnóstico  
de .....,  
....., ante el V.I. comparezco y digo:

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

La negativa a la práctica de la mencionada transfusión conlleva necesariamente/probabilmente,  
a juicio del firmante o del equipo médico que atiende al paciente, riesgo vital.  
· Como quiera que la intervención es urgente y el paciente es menor de edad/incapaz,  
o  
· Como quiera que, según la normativa vigente, no es posible proceder a la intervención  
sin el previo y preceptivo consentimiento del paciente o de sus familiares o allegados,  
es por lo que, al mismo tiempo que me dirijo al Juzgado, pongo en conocimiento de V.I. estos hechos  
al objeto de que pueda actuar, respecto de los mismos, de acuerdo a sus competencias

En ....., a ....., de ....., de .....

Fdo. Dr/ra .....



D/D<sup>a</sup>.....,  
médico responsable del paciente / de la paciente D/<sup>a</sup>.....  
....., de..... años de edad, que se encuentra ingresado  
en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia, con un diagnóstico de  
.....  
....., ante el V.I. comparezco y digo:

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

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

- Como quiera que la intervención es urgente y el paciente es menor de edad/incapaz,  
o
- Como quiera que, según la normativa vigente, no es posible proceder a la intervención  
sin el previo y preceptivo consentimiento del paciente o de sus familiares o allegados,  
es por lo que, al mismo tiempo que me dirijo al Juzgado, pongo en conocimiento de  
V.I. estos hechos al objeto de que pueda actuar, respecto de los mismos, de acuerdo  
a sus competencias

En....., a....., de ....., de .....

Fdo. Dr/ra .....



D/D<sup>a</sup>.....,  
médico responsable del paciente / de la paciente D/<sup>a</sup>.....  
....., de..... años de edad, que se  
encuentra ingresado en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia,  
con un diagnóstico de .....,  
....., comparezco y digo:

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

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

- Como quiera que el paciente es menor de edad es por lo que pongo en su conocimiento  
estos hechos al objeto de que pueda actuar, respecto de los mismos, de acuerdo a sus  
competencias

En....., a....., de ....., de .....

Fdo. Dr/ra .....



D/D<sup>a</sup>.....,  
médico responsable del paciente / de la paciente D/<sup>a</sup>.....  
....., de ..... años de edad, que se  
encuentra ingresado en el Hospital General Universitario Morales Meseguer de Murcia,  
con un diagnóstico de .....  
....., comparezco y digo:

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

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

- Como quiera que el paciente es menor de edad es por lo que pongo en su conocimiento  
estos hechos al objeto de que pueda actuar, respecto de los mismos, de acuerdo a sus  
competencias

En....., a....., de ....., de .....

Fdo. Dr/ra .....

