COMITÉ de ÉTICA ASISTENCIAL Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

Atención Sanitaria a las Personas que Rechazan la Terapia con Sangre o Hemoderivados

PROTOCOLO de ACTUACIÓN

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

ÁREA de Gestión SANITARIA de SUR GRANADA

Atención Sanitaria a las Personas que Rechazan la Terapia con Sangre o Hemoderivados

PROTOCOLO de ACTUACIÓN

Atención Sanitaria a las Personas que Rechazan la Terapia con Sangre o Hemoderivados. Protocolo de Actuación. Comité de Ética Asistencial Sur de Granada. Coordinación, Mª del Mar Moreno Terriza, Pedro Cuevas Valenzuela; autores, Pedro Cuevas Valenzuela... (et al.) Motril. GRANADA. Área de Gestión Sanitaria sur de Granada. (2013) 72 p. ; 20X20 cm.

1. Bioética 2. Protocolo de actuación 3. Rechazo de tratamiento 4. Transfusión sanguínea I Comité de Ética Asistencial Sur de Granada II. Mª del Mar Moreno Terriza III. Pedro Cuevas Valenzuela IV. Motril. Area Sanitaria Sur de Granada

ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS QUE RECHAZAN LA TERAPIA CON SANGRE O HEMODERIVADOS. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN.

Coordinación
Mª del Mar Moreno Terriza
Pedro Cuevas Valenzuela

Autores
Pedro Cuevas Valenzuela
María García López
Mª del Mar Moreno Terriza
Fabiola Ojeda Virto
Ricardo Pérez Iañez

Edita
Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
ISBN: 978-84-616-8671-1
DEPÓSITO LEGAL: GR 656-2014

Diseño y maquetación: Fabiola Ojeda Virto

Presentación

Los ciudadanos, cada vez más conscientes de sus derechos respecto a su propia salud y enfermedad, son los protagonistas en el modelo de relación clínica que denominamos "consentimiento informado", en el que las personas enfermas participan de forma activa en la toma de decisiones y les corresponde la última palabra en relación al diagnóstico o tratamiento. Así, un paciente puede decidir libremente el rechazo a cualquier terapia -sangre o hemoderivados, en este caso-, aunque ello ponga en riesgo su integridad física, psíquica o incluso, su vida. Se pueden enfrentar entonces, valores tan importantes como la vida y la libertad, y deberes legales o de conciencia como los de respetar las decisiones del paciente y velar por su vida, respectivamente. Todo esto añade una complejidad adicional a la actividad sanitaria, tanto desde el punto de vista organizativo, como ético y jurídico, a la que hay que dar una respuesta adecuada.

Por este motivo, en 2011, desde la Estrategia de Bioética del SSPA, se instó a los Comités de Ética Asistencial de Andalucía, a elaborar e implantar protocolos de atención a los pacientes que rechazan sangre o hemoderivados, adaptados a las características particulares de cada centro.

Con este fin, en el seno del CEA Sur de Granada, se constituyó un Grupo de Trabajo que, siguiendo las Recomendaciones al respecto de la Estrategia de Bioética, elaboró el presente trabajo en septiembre de 2013, el cual ha sido revisado y actualizado en 2016 con el fin de poner al día las últimas modificaciones éticas y jurídicas que se han producido en los últimos tiempos. Es nuestro deseo y compromiso, que el mismo tenga la mayor difusión entre los profesionales del Área.

Esperamos que resulte una herramienta útil y práctica en la labor asistencial, pues hemos intentado aclarar los circuitos a seguir en cada caso, para disminuir, de esta forma, la incertidumbre del profesional y colaborar en la mejor atención médica de estos pacientes.

Grupo de Trabajo del CEA Sur de Granada.
Motril, junio de 2016

ÍNDICE

PRESENTACIÓN..... 3

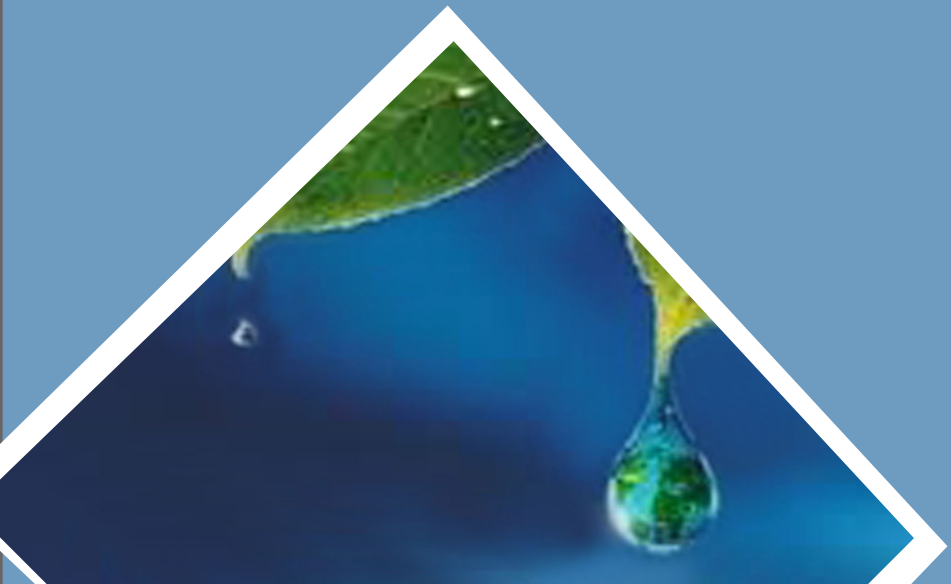
CONSIDERACIONES GENERALES..... 5
1. ÉTICAS..... 7
- Del Modelo Clásico al Consentimiento Informado
- Los principios éticos en la toma de decisiones clínicas sobre transfusión sanguínea
2. DEONTOLÓGICAS..... 11
3. JURÍDICAS:..... 12
- El derecho a rechazar una intervención sanitaria y el deber de respetarlo
- Requisitos del rechazo informado
- La Declaración de Voluntad Vital Anticipada (VVA) y el rechazo de la terapia con sangre y hemoderivados.
- Rechazo por representación o sustitución.
- Emergencia, urgencia y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.
- Embarazo y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados
- El derecho a la Objeción de Conciencia de los profesionales sanitarios y sus límites
- Los Comités de Ética Asistencial y el rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados.
4. TÉCNICAS: 30
Principios generales del tratamiento sin sangre y hemoderivados

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN..... 33
1. CIRCUITOS GENERALES DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUE RECHAZA SANGRE O HEMODERIVADOS..... 34
2. PROCEDIMIENTO DE DECLARACIÓN DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA..... 40
3. ORIENTACIONES SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES..... 42
4. DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTRO CENTRO SANITARIO..... 44
5. SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES EN OTROS SERVICIOS NO QUIRÚRGICOS..... 46
6. OTROS RECURSOS DE APOYO A LOS PROFESIONALES..... 47

ANEXOS..... 49
I. Procedimiento normalizado de consulta al Comité de Ética Asistencial sur de Granada..... 51
II. Modelo de formulario de solicitud al juzgado de guardia de autorización para tratamiento en caso de menores incapaces en el caso que los padres no den su consentimiento..... 53

BIBLIOGRAFÍA..... 55

Consideraciones
GENERALES



El ejercico de la medicina ha cambiado de forma muy importante en las últimas décadas. Así, una conducta que hasta hace poco tiempo se consideraba carente de legitimidad moral y legal, hoy se tiende a ver como un avance del ejercicio de la libertad personal, por lo que es necesario garantizar su adecuada actuación.

1 CONSIDERACIONES ÉTICAS

La confesión religiosa Testigos de Jehová pone objeción a la terapéutica con sangre y hemoderivados.

Desde dicha confesión, se acepta cualquier medida en la que la sangre siga formando parte del sistema sanguíneo sin salir de un "circuito cerrado", rechazando la transfusión de hematíes, plaquetas, leucocitos o plasma. "El fiel que infrinja voluntariamente esta norma será excomulgado, proscrito de su familia y privado del derecho a la vida eterna".

Sin embargo, se deja libertad a cada creyente para decidir la aceptación o no de derivados hemáticos: globulinas, albúmina, hemoglobina, factores de coagulación, interferón, interleucinas o factores plaquetarios.

Esta negativa a la transfusión de sangre confronta el derecho a la libertad de las personas -y como tal su libertad religiosa- frente al deber del médico, de salvaguardar la vida del paciente.

Tradicionalmente, el derecho a la vida primaba sobre todos los demás, ya que ésta era considerada como un bien supremo. En la actualidad, esta interpretación carece de idéntica validez, debiendo considerarse otros derechos, dado que para algunos pacientes la dignidad puede incluso primar sobre la vida.

Por otra parte no podemos obviar la obligación del médico de velar por la salud de su paciente así como el criterio científico-técnico de lo que es correcto según lex artis.

Del modelo Clásico al Consentimiento Informado.

La evolución social, la ética y el derecho han potenciado la autonomía de las personas, lo que se refleja tanto en la vida cotidiana como en el ámbito religioso y político. Las personas pueden ahora elegir libremente, de forma autónoma, sus planes de vida y de felicidad, y también sus límites y consecuencias. Por eso la autoridad moral con la que el médico interpretaba unilateralmente qué era lo bueno para el paciente, se revela cada vez más, como insuficiente.

La toma de decisiones sobre la salud y la enfermedad ya sólo puede ser una toma de decisiones compartida

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

A diferencia del modelo clásico, el modelo del Consentimiento Informado exige un paso más: deliberar con el paciente acerca de si lo que el profesional entiende como "lo mejor" para él, coincide con lo que el paciente considera "lo mejor" desde el punto de vista de su proyecto de vida. La mayor parte de las veces esa coincidencia se produce, pero en ocasiones no es así y entonces se abre el escenario del rechazo de la transfusión de sangre o hemoderivados, como un caso de rechazo terapéutico más.

Los principios éticos en la toma de decisiones clínicas sobre transfusión sanguínea.

Desde el punto de vista ético, cuando un paciente, sea o no testigo de Jehová, se niega a una transfusión, están implicados los siguientes principios éticos:

- Principio de Beneficencia

La beneficencia, hacer o procurar el bien y prevenir el daño, tradicionalmente único principio rector de todo profesional sanitario, no se concibe ya sin el respeto a las preferencias de los pacientes y sin tener en cuenta los recursos que se utilizan para atenderles. Lo que es beneficioso lo debe definir la persona a quien va dirigido el bien, no sólo en función de los parámetros médicos o biológicos ofrecidos por el profesional sanitario, sino en función de sus valores, creencias y convicciones morales.

Lo beneficioso debe ser definido por la persona a quien va dirigido el bien en función de sus valores, creencias y convicciones morales.

Estos factores han añadido complejidad a las decisiones que se toman. La efectividad y la eficiencia de las intervenciones sanitarias en los pacientes son condiciones necesarias, pero no suficientes si no se tienen en cuenta las preferencias de los pacientes y su consentimiento para llevarlas a cabo.

- Principio de Autonomía:

Consiste en que el paciente tiene derecho a participar en las decisiones que se tomen sobre su enfermedad, a que su opinión sobre los tratamientos empleados sea tenida en cuenta, así como la posible negativa del paciente a dichos tratamientos.

En este principio de Autonomía está basada ética y legalmente la teoría del Consentimiento Informado, que las organizaciones sanitarias y los profesionales deben llevar a cabo de tal forma que garanticen a sus usuarios el ejercicio de sus libertades, acorde con el artículo 10.6 de la Ley General de Sanidad (LGS). Aquí la información pasa a primer plano y sirve para que se pueda tomar una decisión con pleno conocimiento de causa. Remarcar que este derecho a rechazar tratamientos está reconocido por la legislación vigente. El Convenio de Oviedo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, suscrito por España en el año 2000 y por tanto con fuerza jurídica vinculante, consagra el Principio de Autonomía frente al tradicional de beneficencia, exigiéndose el consentimiento del interesado para toda intervención médica o de investigación, hasta el extremo que sin él no pueden llevarse a cabo ninguna intervención médica, aunque

de dicha decisión se derive la muerte del paciente. Este Convenio contiene una serie de principios que otorgan mayor protección a las personas, si tomamos como referencia la LGS, y están formulados de tal manera que son susceptibles de aplicación directa e inmediata.

El artículo 8 de la Ley 2/2010 de Andalucía y los artículos 8, 9 y 10 de la Ley 41/2002 son referentes fundamentales en el Principio de Autonomía.

Basados en un modelo de relación que tiene al paciente como centro de la decisión, ¿la libre decisión permite el rechazo del tratamiento o negarse a uno mismo la curación?. Autores de reconocido prestigio en derecho sanitario en España y Guías de contenido ético de Sociedades Médicas en Europa contestan afirmativamente a esta cuestión.

IMPONER UNA TRANSFUSIÓN A UN TESTIGO DE JEHOVÁ PUEDE CONSIDERARSE UNA VULNERACIÓN DEL PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA POR EL DAÑO MORAL QUE SE PRODUCE

Algunos autores proponen unas condiciones al ejercicio del Principio de Autonomía: Las decisiones autónomas deben ser intencionadas; tomadas con conocimiento de la actuación médica que se proponga, de su significado y de las consecuencias que de ellas puedan derivarse; y tomadas en ausencia de coacciones externas a las personas.

Cuando las consecuencias de una decisión puedan ser graves, es muy importante asegurarse que el paciente ha comprendido perfectamente el mensaje, está decidiendo libremente sin coacciones, y si existen sospechas de que no sea así, se debe hablar con el paciente a solas. La obligación del profesional termina cuando ha explicado detalladamente las diferentes alternativas con su balance riesgo-beneficio, y ha sugerido la transfusión como terapia de elección.

- PRINCIPIO DE NO-MALEFICENCIA

Este principio es la traducción del ***primum non nocere*** *(primero no dañar),* obligación primaria que se le impone al sanitario, por delante de cualquier otro deber.

Imponer una transfusión a un testigo de Jehová -que ha firmado un rechazo informado a la misma- puede ser considerado como una vulneración de este principio por el daño moral que se le produce.

2

CONSIDERACIONES DEONTOLÓGICAS

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

3

CONSIDERACIONES JURÍDICAS

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

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

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

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

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

Pero sobre todo, la vigente Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, determina que cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento libremente, tras haber recibido la necesaria información, con la excepción de la existencia de riesgo grave para la salud pública o cuando, en una situación de riesgo inmediato, no se pudiera obtener el consentimiento del paciente ni de sus familiares o allegados. De forma más específica, esta Ley 41/2002 establece en varios apartados del artículo 2, lo siguiente:

> Art. 2. 3. "*El paciente o usuario tiene* **derecho a** decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles"
>
> Art. 2. 4. "Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito"

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

> Art. 8. 5. "*El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento*"

Este derecho a rechazar tratamiento o revocar un consentimiento también ha sido claramente establecido en la legislación de Andalucía. El artículo 6 de la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía ya lo recogía explícitamente, y la Ley 2/2010 de Andalucía, de derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte, le da una relevancia mayor en su artículo 8, que hace referencia explícita al Derecho al rechazo y a la retirada de una intervención.

> Art. 8.1 "*Toda persona tie*ne derecho a rechazar la intervención propuesta por los profesionales sanitarios, tras un proceso de información y decisión, aunque ello pueda poner en peligro su vida. Dicho rechazo deberá constar por escrito. Si no pudiere firmar, firmará en su lugar otra persona que actuará como testigo a su ruego, dejando constancia de su identificación y del motivo que impide la firma por la persona que rechaza la intervención propuesta. Todo ello deberá constar por escrito en la historia clínica"

Art. 8.2 "Igualmente, los pacientes tienen derecho a revocar el consentimiento informado emitido

respecto de una intervención concreta, lo que implicará necesariamente *la interrupción de dicha intervención, aunque ello pueda poner en peligro sus vidas, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 6.1.ñ de la* Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía."

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

LA EXISTENCIA DE UN DERECHO RECONOCIDO GENERA AUTOMÁTICAMENTE DEBERES DE RESPETO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS Y GARANTÍAS DE CUMPLIMIENTO EN LAS ADMINISTRACIONES PÚBLICAS.

El deber de los profesionales sanitarios queda claramente reconocido en la Ley 44/2003 de ordenación de las profesiones sanitarias:

Art. 5.1. c "Los profesionales tienen el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten. En todo caso, deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones."

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

En esta misma línea se pronuncia la Ley 2/2010 de Andalucía, sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona en proceso de muerte:

Art. 18.1. "El médico o médica responsable, antes de proponer cualquier intervención sanitaria a una persona en proceso de muerte, deberá asegurarse de que la misma está clínicamente indicada, elaborando su juicio clínico al respecto basándose en el estado de la ciencia, en la evidencia científica disponible, en su saber profesional, en su experiencia y en el estado clínico, gravedad y pronóstico de la persona afecta. En el caso de que este juicio profesional concluya en la indicación de una intervención sanitaria, someterá entonces la misma al consentimiento libre y voluntario de la persona, que podrá aceptar la intervención propuesta, elegir libremente

entre las opciones clínicas disponibles, o rechazarla, en los términos previstos en la presente Ley y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre".

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

Por todo lo dicho anteriormente, queda claro que "el Consentimiento Informado constituye un derecho humano fundamental" (SSTS 3/2001 y 447/2001). Pero obviamente no se trata de un derecho ilimitado. Los límites se reconocen en las mismas normas que lo consagran:

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ES UN DERECHO HUMANO FUNDAMENTAL, QUE ENCUENTRA SUS LÍMITES EN CASO DE RIESGO PARA LA SALUD PÚBLICA, O CUANDO PELIGRA LA INTEGRIDAD FÍSICA O PSÍQUICA DEL PACIENTE SIN PODER CONSEGUIR SU AUTORIZACIÓN.

- El Convenio de Oviedo establece ciertas excepciones en razón de la protección de los menores de edad y de quienes carecen capacidad para expresarlo (arts 6 y 7), o en razón de la necesidad derivada de situaciones de urgencia y el respeto a los deseos expresados con anterioridad por el paciente (arts 8 y 9), y señala otras posibles restricciones por la protección de la salud pública o de los derechos de las demás personas.

- La Ley 41/2002, en su artículo 9 establece los límites del consentimiento informado. Limita la renuncia del paciente a recibir información, y determina las situaciones en las que los facultativos pueden actuar sin consentimiento:

- *"Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley".*
- *"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."*

REQUISITOS DEL RECHAZO INFORMADO.

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

1 - Voluntariedad y libertad.

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

2 - Información correcta en calidad y cantidad.

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

La obligación de ofrecer información es proactiva, no meramente pasiva ("Yo sólo informo cuando los pacientes me lo piden"). Puesto que el rechazo a esta terapia puede tener consecuencias substanciales, es muy importante detectar cuanto antes si el paciente que potencialmente puede necesitar una transfusión tiene algún tipo de duda, preferencia o prejuicio al respecto. Esta obligación general de facilitar información existe incluso aunque el paciente se encuentre en situación de incapacidad. La información debe ser clara, veraz, inteligible y en cantidad adecuada para que el paciente pueda decidir libremente si acepta o no la terapia propuesta o sus alternativas.

3 - Capacidad.

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

Capacidad de hecho: Presencia de aptitudes psicológicas que permiten a las personas gobernar su vida por sí mismas de manera autónoma y tomar y expresar decisiones que son fruto de su propia personalidad.

Capacidad de derecho: Reconocimiento jurídico de que una persona tiene entendimiento y voluntad suficiente para gobernar por sí misma una esfera de su vida o adoptar una determinada decisión. Las personas "incapacitadas judicialmente" tienen restricciones de esta capacidad, consignadas en la sentencia judicial.

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

La Ley 2/2010 de Andalucía, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en Proceso de Muerte, establece recomendaciones muy específicas en relación con el proceso de evaluación de la capacidad o incapacidad de hecho, en su artículo 20, que versa sobre los "Deberes respecto a las personas que puedan hallarse en situación de incapacidad de hecho"

Art. 20.1 "El médico o médica responsable es quien debe valorar si la persona que se halla bajo atención médica pudiera encontrarse en una situación de incapacidad de hecho que le impidiera decidir por sí misma. Tal valoración debe constar adecuadamente en la historia clínica. Para determinar la situación de incapacidad de hecho se evaluarán, entre otros factores que se estimen clínicamente convenientes, los siguientes:..."

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

Art. 20. 2 "Para la valoración de estos criterios se podrá contar con la opinión de otros profesionales implicados directamente en la atención de los pacientes. Asimismo, se podrá consultar a la familia con objeto de conocer su opinión"

Art. 20. 3 "Una vez establecida la situación de incapacidad de hecho, el médico o médica responsable deberá hacer constar en la historia clínica los datos de quien deba actuar por la persona en situación de incapacidad, conforme a lo previsto en el artículo 10.1."

4 - Registro escrito.

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

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

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

La Declaración de Voluntad Vital Anticipada (VVA) y el rechazo de la terapia con sangre y hemoderivados.

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

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

Si el paciente que se encuentra en un determinado momento en situación de incapacidad— por ejemplo, en shock hipovolémico, anestesiado o sedado— ha expresado claramente en su Voluntad Vital Anticipada el desdeo de rechazar la transfusión sanguínea, entonces hay que tener muy en cuenta lo que dicen las citadas Leyes:

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

Art. 9.4 "Cuando en la declaración de voluntad vital anticipada se designe a una persona representante, esta actuará siempre buscando el mayor beneficio y el respeto a la dignidad de la persona a la que represente. En todo caso velará para que, en las situaciones clínicas contempladas en la declaración, se cumplan las instrucciones que la persona a la que represente haya dejado establecidas". (Ley 2/2010)

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

LA OBLIGACIÓN DE LOS PROFESIONALES, DE SUS FAMILIARES E INCLUSO DEL MISMO REPRESENTANTE DESIGNADO POR EL PACIENTE ES RESPETAR LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA DEL PACIENTE.

Lo cual quiere decir que dichas decisiones e instrucciones tienen un carácter jurídico vinculante respecto a todos los participantes en la toma de decisiones. Por tanto, la obligación de los profesionales, de sus familiares e incluso del mismo representante designado por el paciente es respetar la Voluntad Vital Anticipada del paciente. La obligación se mantiene incluso en el supuesto de pérdida de conciencia del paciente y aún en el caso de que exista grave amenaza para la vida del paciente. La obligación ética y jurídica de los profesionales es, en tales casos, usar todos los medios posibles para salvar la vida del paciente pero respetando, en todo momento, las decisiones que respecto a la terapia con sangre o hemoderivados haya consignado en la declaración. En el caso de que el paciente no se haya pronunciado directamente en su Voluntad Vital Anticipada, su representante deberá decidir teniendo en cuenta los valores y opciones vitales que el paciente haya incluido en el documento. Así lo establece la Ley 2/2010:

Art. 9.5 "Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente

en la declaración de voluntad vital anticipada, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien la represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidos en la citada declaración".

Una consideración importante que se establece en esta ley es que la realización de una Declaración de Voluntad Anticipada es un derecho de la ciudadanía, pero no una obligación.

LOS PROFESIONALES DEBEN INFORMAR SOBRE SU DERECHO A REALIZAR LA DECLARACION DE VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA, PERO NO PUEDEN EXIGIR QUE LA REALICEN COMO CONDICIÓN NECESARIA PARA PODER ACCEDER A LA REALIZACIÓN DE UNA DETERMINADA INTERVENCIÓN SANITARIA

Art. 19.1 "Todos los profesionales sanitarios están obligados a proporcionar, a las personas que se la soliciten, información acerca del derecho a formular la declaración de voluntad vital anticipada"
De aquí se deduce que los profesionales sanitarios tienen obligación de informar a sus pacientes acerca de su derecho a realizar dicha Declaración, es más, deberían recomendárselo vivamente a aquellos pacientes que expresen un rechazo a recibir terapia con sangre y hemoderivados, por ejemplo por ser miembros de la confesión religiosa de los Testigos de Jehová. Ello aumenta la seguridad jurídica de todos en caso de que el paciente se vuelva incapaz. Sin embargo, no puede exigirse la realización de la voluntad vital como condición necesaria para poder acceder a la realización de una determinada intervención sanitaria porque un "formulario escrito de rechazo de transfusión" realizado por la persona capaz en ese mismo momento tiene la misma validez.

RECHAZO POR REPRESENTACIÓN O SUSTITUCIÓN.

Cuando un paciente no puede tomar decisiones por sí mismo por estar en situación de incapacidad de hecho, estar incapacitado judicialmente o ser menor de edad, entonces otras personas deben decidir en su lugar. Esto es lo que se denomina **"consentimiento por representación o sustitución del paciente"** que, al igual que en cualquier otro caso, ante decisiones de terapia con sangre o hemoderivados. *"se hará siempre buscando su mayor beneficio y el respeto a su dignidad personal" y teniendo "en cuenta tanto sus deseos*

expresados previamente, como los que hubieran formulado presuntamente de encontrarse ahora en situación de capacidad" (Art. 10.3 de la Ley 2/2010 de Andalucía)

En cualquier caso, *"los profesionales tienen obligación de facilitar al paciente información adaptada a su capacidad de comprensión y a los representantes o sustitutos de forma adecuada a sus necesidades para tomar una decisión"*. Además, *"el paciente siempre participará en el proceso de toma de decisiones en la medida de lo posible"* (Art. 9.5 de la Ley básica 41/2002 y Art 10.3 de la Ley 2/2010 de Andalucía)

1 - Situación de incapacidad de hecho.

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

- **Al representante que la persona haya designado en su Voluntad Vital Anticipada.** Como ya hemos comentado, si dicho documento contiene una declaración explícita y clara sobre las preferencias en relación con la terapia transfusional, entonces la función del representante será velar para que se cumplan. Si no es así, entonces tomará su decisión teniendo en cuenta los valores y opciones expresados en dicho documento.

- **Al representante legal** que la persona haya designado mediante otro procedimiento jurídico.

- **Al cónyuge o la cónyuge** o persona vinculada por análoga relación de afectividad.

- **A los familiares de grado más próximo** y dentro del mismo grado al de mayor edad.

2 - Incapacidad Judicial.

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

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

3 - Personas menores de edad.

Las decisiones de las personas menores de edad en relación con la terapia con sangre o hemoderivados debe ajustarse al marco jurídico general establecido en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente en su:

Artículo 9:

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente y así conste en la sentencia.

c) 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

4. Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 18 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No obstante, cuando se trate de una actuación de grave riesgo para la vida o salud del menor, según el criterio del facultativo, el consentimiento lo prestará el representante legal del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo.

6- En los casos en los que el consentimiento haya de otorgarlo el representante legal o las personas vinculadas por razones familiares o de hecho, la decisión deberá adoptarse atendiendo siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente. Aquellas decisiones que sean contrarias a dichos intereses deberán ponerse en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, salvo que, por razones de urgencia, no fuera posible recabar la autorización judicial, en cuyo caso los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente, amparados por las causas de justificación de cumplimiento de un deber y de estado de necesidad.

Por tanto parece claro que en situaciones de emergencia vital que exijan una actuación inmediata, e independientemente de la edad del menor y de la opinión de los padres, se actuará de la forma necesaria para proteger su salud y su vida, amparándose en el estado de necesidad. Posteriormente, en caso de existir o haber existido conflicto con los padres, se procederá a comunicar lo sucedido al juez de guardia y al ministerio fiscal.

Para las situaciones que no requieran intervención inmediata, y en todos los menores de 18 años, el consentimiento lo prestará EL REPRESENTANTE LEGAL del menor, una vez oída y tenida en cuenta la opinión del mismo. La decisión adoptada, deberá atender siempre al mayor beneficio para la vida o salud del paciente; por tanto, el representante deberá autorizar siempre la transfusión y si no lo hiciera, el médico responsable lo pondrá en conocimiento de la autoridad judicial para que adopte la resolución correspondiente.

Emergencia, urgencia y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) define urgencia sanitaria como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Se trata de una definición amplia, que considera tanto aspectos objetivos como subjetivos y donde caben situaciones clínicas muy diferentes por su gravedad y pronóstico. El escalón

más alto de la urgencia lo constituye la emergencia que es una situación de aparición repentina que resulta amenazante para la vida o la de un órgano en un plazo breve de tiempo y que, por tanto, requiere una atención inmediata.

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

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

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

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

Pero el problema surge cuando, ante una situación de emergencia, no se puede demorar la atención, no es posible consultar la Voluntad Anticipada o no existe pero, habiendo contactado con los familiares, estos se oponen a la decisión de transfusión, alegando, por ejemplo, que el paciente es Testigo de Jehová. Se trata de una situación compleja que sólo puede resolverse haciendo una interpretación restrictiva del término "consultar", que es el que utiliza la legislación para describir el tipo de participación de los familiares o allegados en este tipo de decisiones. Esta interpretación restrictiva estima que, en esta situación de emergencia, la "consulta" equivale más al "derecho a ser oído" que al

"derecho a decidir". Esta interpretación restrictiva se ampara en el hecho de que, si estamos ante situaciones excepcionales que permiten a los profesionales actuar sin el consentimiento informado del paciente, esta excepcionalidad también alcanza al ejercicio del "consentimiento por representación o sustitución", que no puede ejercerse con la misma facilidad que en otras situaciones donde no está en juego de manera inmediata la vida del paciente.

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

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

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

Embarazo y rechazo de terapia con sangre o hemoderivados.

El rechazo de la terapia con sangre o hemoderivados en una mujer que además está embarazada constituye una situación cuya complejidad técnica, ética y jurídica no es, en principio, muy diferente de la de cualquier otro paciente que rechaza estas terapias. Sin embargo, la complejidad puede aumentar de manera muy notable en el caso de que la terapia con sangre o hemoderivados se convierta en una necesidad clínica no sólo teórica, sino real.

Cuando no se puede demorar la atención, obtener el consentimiento del paciente, consultar la Voluntad Vital Anticipada o contactar con familiares y allegados... el profesional está legitimado ética y jurídicamente para suministrar sangre o hemoderivados si esa es la terapia que considera indicada.

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

Pero si el feto no es viable, por ejemplo cuando está por debajo de las 22 semanas de gestación o cuando no pueda garantizarse una buena calidad de vida, sin complicaciones severas para el neonato, la situación resulta mucho más compleja y resulta aún más necesario evaluar cada situación concreta pues es difícil establecer recomendaciones generales.

El rechazo de esta terapia durante el embarazo genera situaciones de extrema complejidad que requieren siempre un análisis específico caso por caso, debiendo explorarse actuaciones que permitan proteger todos los bienes jurídicos al mismo tiempo

El derecho a la Objeción de Conciencia de los Profesionales de la Salud y sus límites

La Objeción de Conciencia (OC) es la negativa al cumplimiento de un deber jurídico por razones de conciencia. En el caso del rechazo a un tratamiento, lo que sucede es una oposición del facultativo por razones de conciencia a la obligación legal de aceptar la decisión del enfermo. Cuando un paciente no acepta un tratamiento vital, se puede plantear un problema moral para el profesional ya que entran en conflicto dos deberes: el legal que le obliga a respetar la decisión de rechazo y el de conciencia de proteger la vida aplicando esa terapia.

El derecho a la OC está recogido en varias declaraciones y documentos. Sin embargo, existe controversia al respecto.

Una sociedad abierta y plural debe garantizar el respeto al disentimiento, sin censurar o penalizar al objetor, garantizando a la vez el respeto a los derechos del resto de los ciudadanos. Como dijimos antes, se produce un conflicto entre la libertad de conciencia del personal sanitario, que lleva aparejada la posibilidad de objetar su intervención en una actuación sanitaria, y el derecho del usuario a recibir una prestación legalmente establecida. Los poderes públicos deben tomar medidas que permitan a la vez, la objeción y la prestación del servicio, ya que el principio de igualdad solo se cumple cuando todos los ciudadanos reciben las prestaciones a las que tienen derecho, y la libertad nunca puede entenderse como un derecho absoluto puesto que el ejercicio de la libertad de una persona tiene como límite el ejercicio de la libertad de terceros.

De esta manera, y de acuerdo con lo establecido en el artículo 18.2 de la Ley 2/2010 de Andalucía, la objeción de un profesional a dejar de hacer aquello que considera su deber (transfundir, en este caso) no puede comportar nunca la imposición de una acción contra la voluntad de una persona, vulnerando su autonomía. Por lo tanto, el respeto a esta objeción pasará por eximir al profesional de participar en la intervención, pero buscando una alternativa para el paciente, sin abandonarlo y dando continuidad a su asistencia.

Cuando un paciente rechaza un tratamiento vital, el profesional se enfrenta a un conflicto entre dos deberes: el de respetar la decisión del paciente y el de proteger la vida.

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

EN CASO DE EMERGENCIA, EL PROFESIONAL ESTÁ OBLIGADO A TRATAR DE SALVAR LA VIDA DEL PACIENTE POR TODOS LOS MEDIOS POSIBLES, SALVO EL DE LA APLICACIÓN DE LA TERAPIA RECHAZADA.

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

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

POR LAS CARACTERÍSTICAS ASISTENCIALES DE NUESTRA ÁREA, NO CABE PLANTEAR LA OC EN SITUACIONES DE URGENCIA O EMERGENCIA.

Las características que debe cumplir la objeción de conciencia se exponen en el protocolo de actuación. Con todo lo dicho anteriormente, ante la objeción de un profesional a participar en la asistencia a personas que rechazan sangre o hemoderivados, por motivos de conciencia,

siempre y cuando se trate de una verdadera objeción, consideramos que lo correcto es eximirles de participar en dichas intervenciones, siempre que se trate de procedimientos programados, y ofrecer al paciente las alternativas necesarias para garantizar su asistencia.

Por las características asistenciales de nuestra Área, no cabe plantear la OC en situaciones de Urgencia o Emergencia.

Los Comités de Ética Asistencial y el rechazo a la terapia con sangre o hemoderivados.

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

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

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

Los CEAs pueden constituir una herramienta útil para encauzar conflictos relacionados con el rechazo de terapia sanguínea.

Para ello disponemos de un Procedimiento Normalizado de acceso al Comité del AGS Sur de Granada, que permite a profesionales y usuarios remitirles sus consultas y dudas de forma ágil y sencilla (ANEXO I)

Las consideraciones técnicas deben enjuiciarse siempre a la luz de lo que en cada momento establezca la mejor evidencia disponible, que puede variar rápidamente.

4

CONSIDERACIONES TÉCNICAS

Las "consideraciones técnicas" que se incluyen a continuación no constituyen una guía de práctica clínica, ni pretenden serlo. Ya hay literatura científica producida en nuestro medio que cumple esa función en determinados ámbitos, como los Documentos "Sevilla" y "Sevilla 2", o las Guías y Estándares de la Sociedad Española de Transfusión Sanguínea y Terapia Celular. De hecho, todas estas consideraciones técnicas deben enjuiciarse siempre a la luz de lo que en cada momento establezca la mejor evidencia disponible, que puede variar rápidamente.

PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO SIN SANGRE

1) Formular un plan de tratamiento clínico individualizado y detallado para tratar la anemia y minimizar las pérdidas de sangre antes, durante y después de la intervención. Dicha planificación debe utilizar una combinación de métodos y no sólo uno de ellos.

2) Informar al paciente de forma exhaustiva sobre el contenido del plan de tratamiento. Obtener su consentimiento para llevarlo a cabo y registrarlo en la historia clínica.

3) Adoptar una perspectiva de equipo multidisciplinar, implicando en el plan de tratamiento a todos los profesionales que intervengan antes, durante y después de la intervención. Optimizar la intercomunicación entre ellos en todo momento.

4) Realizar un estudio meticuloso del paciente antes de la intervención, destinado a identificar y cuantificar el "riesgo transfusional".

5) Optimizar el estado clínico del paciente antes de la intervención con el objeto de reducir el "riesgo transfusional" cuanto sea posible, utilizando los tratamientos adecuados para ello.

6) Limitar al máximo posible las pérdidas de sangre previas a la intervención, por ejemplo, las debidas a extracciones para análisis.

7) Combinar técnicas anestésicas y quirúrgicas de ahorro de sangre durante la intervención.

8) Optimizar el aporte de oxígeno y aplicar medidas de reducción de su consumo.

9) Extremar la vigilancia del paciente, especialmente después de la intervención, para detectar rápidamente hemorragias o deterioro fisiológico.

10) Actuar con rapidez ante el sangrado anormal.

ÍNDICE DE PROCEDIMIENTOS

CIRCUITOS GENERALES DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUE RECHAZA SANGRE O HEMODERIVADOS

PROCEDIMIENTO DE DECLARACIÓN DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA

ORIENTACIONES SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES EN OTROS SERVICIOS NO QUIRÚRGICOS

DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTRO CENTRO SANITARIO

OTROS RECURSOS DE APOYO A LOS PROFESIONALES

Protocolo de ACTUACIÓN

CIRCUITOS GENERALES DE ATENCIÓN AL PACIENTE QUE RECHAZA SANGRE O HEMODERIVADOS

- ACTIVIDAD PROGRAMADA
- ACTIVIDAD URGENTE
  - ADULTOS
  - MENORES DE EDAD

ACTIVIDAD PROGRAMADA

El procedimiento de actuación en este caso queda reflejado en la FIGURA 1

En la consulta de la Unidad quirúrgica correspondiente, el cirujano anotará en el formulario del CI del procedimiento quirúrgico indicado, que el paciente rechaza el uso de terapia con sangre o hemoderivados. Además le explicará la conveniencia de que cumplimente una Voluntad Vital Anticipada antes de que se realice la intervención, para que quede recogida su voluntad de forma aún más explícita, en el supuesto de que hubiera que tomar una decisión en el curso de la misma. Se tratará siempre de **una recomendación, nunca de una exigencia** o requisito previo, ya que un consentimiento informado rechazando transfusión, tiene la misma validez.

Por otro lado, cuando haya dudas respecto a la indicación de un procedimiento quirúrgico, incluido en la cartera de servicios del Área, por el riesgo añadido que supone el rechazo de este tratamiento, se comentará el caso en sesión clínica de la UGC correspondiente, procurando siempre evitar demoras en el proceso o molestias para el usuario.

En la consulta de Anestesia, tras reforzar información, asegurar voluntariedad, e incidir en la conveniencia de que cumplimente una Voluntad Vital Anticipada antes de que se realice la intervención, se le darán al paciente dos consentimientos del catálogo de Formularios de la Consejería de Salud (2009):

- CI para anestesia del procedimiento quirúrgico a realizar (Indicando que el paciente rechaza el uso de terapia con sangre o hemoderivados)

- CI de transfusión de sangre o hemoderivados, rechazándola

Si la cirugía es sin riesgo transfusional, se programará al paciente.

Si la cirugía es con riesgo transfusional, una vez corregida la anemia que pudiera existir, la Dirección de la UGC Bloque Quirúrgico y de la UGC Quirúrgica correspondiente, programarán la intervención cuando un anestesiólogo y un cirujano acepten realizarla.

En el caso de la atención pediátrica el proceso deberá completarse con la participación de quienes ejerzan la patria potestad del menor, siguiendo las recomendaciones establecidas en el apartado de las Consideraciones Jurídicas. Por tanto, si durante el procedimiento electivo sobreviniera una situación de urgencia o emergencia, se actuará como si hubiera sido una urgencia (consultando al Juzgado) o una emergencia (transfundiendo directamente) desde el principio, independientemente de que los padres o representantes hayan expresado su negativa al uso de sangre o hemoderivados. Esta información se dará a los padres o representantes y al paciente (según su edad) en la consulta quirúrgica y de anestesia, se recogerá en la historia clínica y se hará constar en los formularios de consentimiento informado.

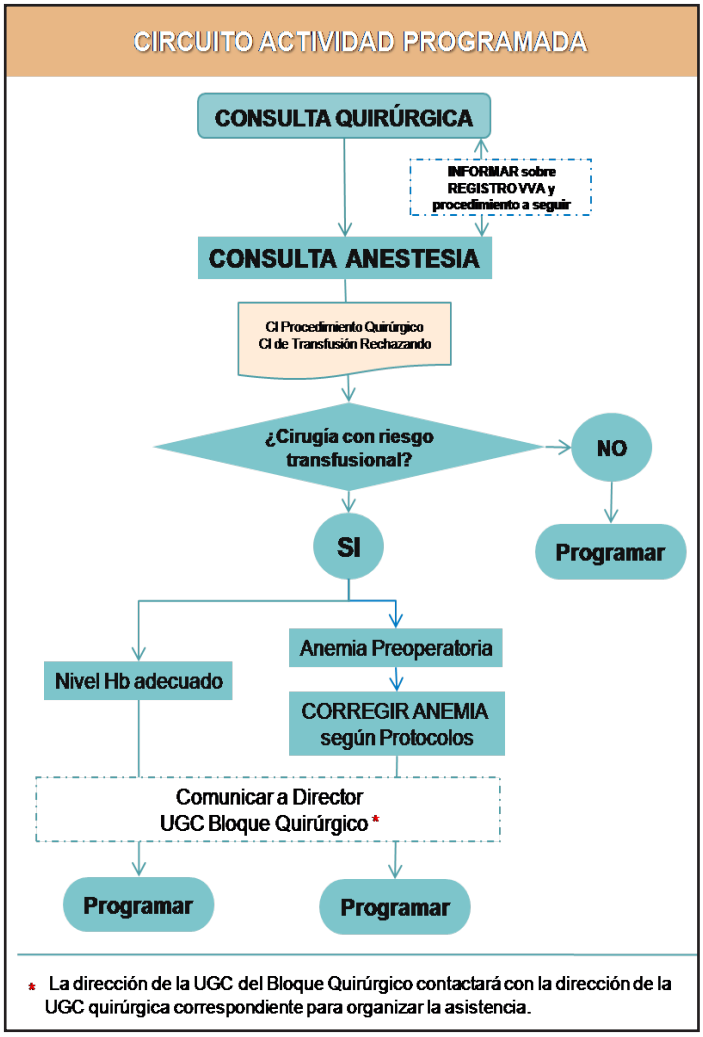
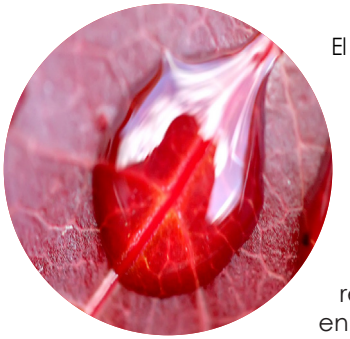


figura 1

ACTIVIDAD URGENTE



El procedimiento de actuación en este caso queda reflejado en la FIGURA 2

Como dijimos, por Urgencia entendemos "la aparición inesperada de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención". Se trata de una definición amplia donde caben situaciones clínicas muy diferentes por su gravedad y pronóstico. El escalón más alto de la urgencia lo constituye la Emergencia que es una situación de aparición repentina que resulta amenazante para la vida o la de un órgano en un plazo breve de tiempo y que, por tanto, requiere una atención inmediata.

ADULTO

Ante una situación de emergencia vital con grave riesgo inmediato para la integridad física o psíquica, se podrá transfundir directamente, sin necesidad de consentimiento informado, cuando se cumplan una serie de condiciones:

- No se puede demorar la atención
- No es posible obtener Consentimiento del paciente
- No se pueden consultar VVA o Planificación Anticipada de Decisiones, o no existen
- No es posible consultar familiares o representantes

Como dijimos, ante una situación de emergencia, solo será válida y consistente la negativa de los representantes al uso de sangre o hemoderivados, si estos aportan evidencias claras de que el paciente es un miembro muy activo de los Testigos de Jehová.

En las situaciones Urgentes (no emergentes) no hay excepciones y el procedimiento debe seguir las normas generales del consentimiento informado y del consentimiento por representación, tal y como se indica en la figura 2.

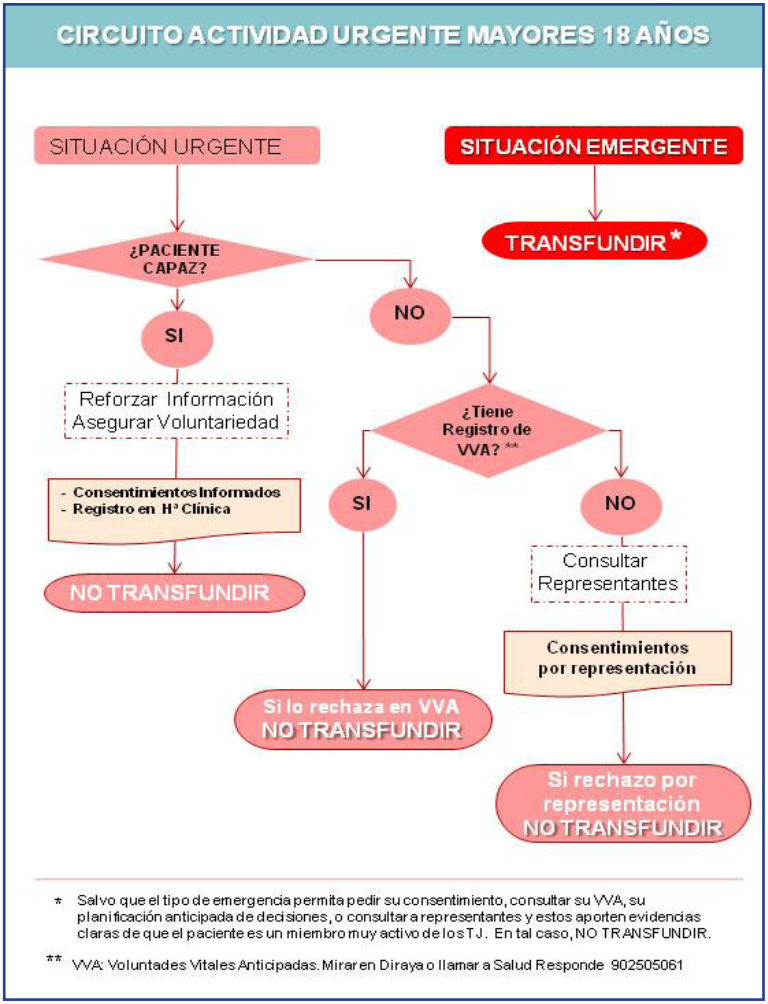

CIRCUITO ACTIVIDAD URGENTE MAYORES 18 AÑOS
SITUACIÓN URGENTE
SITUACIÓN EMERGENTE
TRANSFUNDIR *
¿PACIENTE CAPAZ?
SI
NO
Reforzar Información
Asegurar Voluntariedad
- Consentimientos Informados
- Registro en Hª Clínica
NO TRANSFUNDIR
¿Tiene Registro de VVA? **
SI
NO
Consultar Representantes
Consentimientos por representación
Si lo rechaza en VVA NO TRANSFUNDIR
Si rechazo por representación NO TRANSFUNDIR
* Salvo que el tipo de emergencia permita pedir su consentimiento, consultar su VVA, su planificación anticipada de decisiones, o consultar a representantes y estos aporten evidencias claras de que el paciente es un miembro muy activo de los TJ. En tal caso, NO TRANSFUNDIR.
** VVA: Voluntades Vitales Anticipadas. Mirar en Diraya o llamar a Salud Responde 902505061

figura 2

MENOR DE 18 AÑOS

El procedimiento de actuación en este caso queda reflejado en la FIGURA 3.

En situaciones de emergencia vital que exijan una actuación inmediata, e independientemente de la edad del menor y de la opinión de los padres, se actuará de la forma necesaria para proteger su salud y su vida, amparándose en el estado de necesidad. Posteriormente, en caso de existir o haber existido conflicto con los padres, se procederá a comunicar lo sucedido al juez de guardia y al ministerio fiscal.

En las situaciones urgentes, que no requieren intervención inmediata, si tras reforzar la información y asegurar la voluntariedad, continúa la negativa de los padres o representantes y la probabilidad de necesitar transfusión es elevada, se obtendrá permiso judicial para la administración de hemoderivados (ANEXO II), ya que siempre debe prevalecer el derecho a la vida y a la salud del menor sobre la libertad de conciencia de los padres.

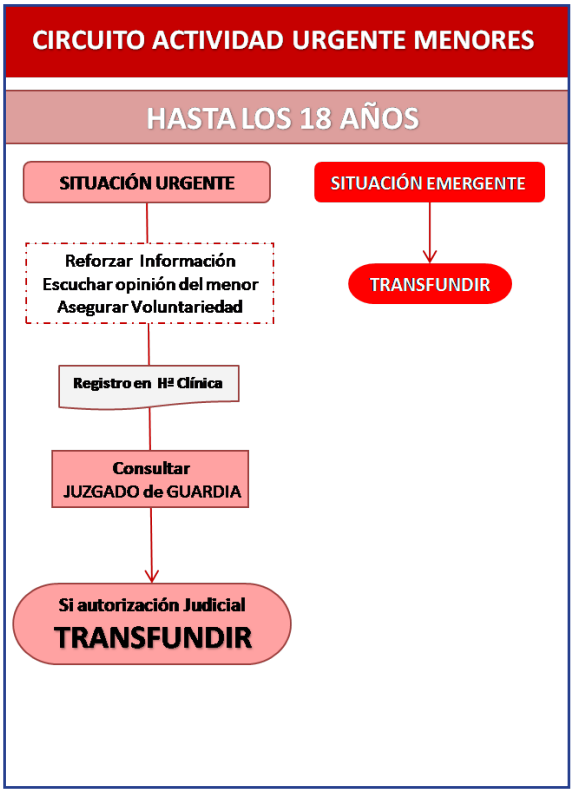


figura 3

"SI APARECE CONFLICTO, COMUNICAR AL JUZGADO DE GUARDIA"

PROCEDIMIENTO DE DECLARACIÓN DE OBJECIÓN DE CONCIENCIA

La Objeción de Conciencia a participar en la asistencia sanitaria de personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados debe ser una práctica:

- **De carácter excepcional** y solo para casos en los que existe riesgo transfusional (no caben las OC de carácter total: "yo, sea lo que sea, nunca opero pacientes Testigos de Jehová"),

- **Debidamente justificada** en cada caso (el profesional objetor tiene que poder dar razones, justificar y motivar su decisión),

- **Individual**, por la naturaleza íntima de la conciencia (no se puede hablar de un hospital o unidad objetora),

- **Que tiene que sustentarse en los valores de la persona que objeta** y no obedecer a otros motivos como la comodidad, la inseguridad o el temor a conflictos legales.

La objeción de conciencia debe ser una práctica individual, de carácter excepcional, estar rigurosamente justificada y sustentada en los valores de la persona que objeta.

Ante dicha declaración, siempre y cuando se ajuste a lo anteriormente expuesto, consideramos que lo correcto es eximirle de participar en dichas intervenciones, siempre que se trate de procedimientos programados, y ofrecer al paciente las alternativas necesarias para garantizar su asistencia. Por las características asistenciales de nuestra Área, no cabe plantear la OC en situaciones de Urgencia o Emergencia.

Así, ante un caso concreto, el facultativo que desee objetar por razones de conciencia, se lo comunicará al Director/a de su Unidad de Gestión Clínica con antelación suficiente para no causar demora ni perjuicios al paciente. El Director/a organizará la asistencia de forma prudente, facilitando que la asuma otro profesional no objetor de la unidad, ya que cada centro debe garantizar a los usuarios la realización de todas las intervenciones que figuren en su cartera de servicios, en principio con sus propios recursos.

Resultará siempre inaceptable la imposición de una transfusión a un paciente que la rechaza, el abandono o el retraso injustificado en su asistencia, así como la discriminación hacia el objetor (castigo) o hacia el profesional que asuma el procedimiento.

RESULTARÁ SIEMPRE INACEPTABLE LA IMPOSICIÓN DE UNA TRANSFUSIÓN A UN PACIENTE QUE LA RECHAZA, EL ABANDONO O EL RETRASO INJUSTIFICADO EN SU ASISTENCIA, ASÍ COMO LA DISCRIMINACIÓN HACIA EL OBJETOR O HACIA EL PROFESIONAL QUE ASUMA EL PROCEDIMIENTO.

ORIENTACIONES SOBRE EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

• Detectar precozmente a los pacientes que rechacen estas terapias. Siempre que el profesional contemple la posibilidad de necesitar el uso de estas terapias en el proceso clínico debe preguntar explícitamente al paciente sobre sus opiniones y deseos al respecto.

• Establecer una relación empática con el paciente, generando un clima de diálogo que favorezca la toma de decisiones. Estimular la expresión del paciente, la comunicación abierta.

• Centrar la discusión en el proceso asistencial y en la intervención. Iniciar el despliegue de la información acerca de los riesgos y beneficios de la intervención propuesta, así como de la probabilidad o no de precisar una transfusión sanguínea. Ser objetivo al transmitir la información y usar un lenguaje claro y preciso, evitando tecnicismos.

• Ante la negativa del paciente a la transfusión, insistir en el balance positivo entre sus beneficios y sus riesgos, intentando que la acepte, pero sin coaccionarlo ni manipularlo.

• No discutir con el paciente acerca de la racionalidad o irracionalidad de sus creencias y opiniones, estén o no fundadas religiosamente. No intentar convencerlo de que su posición "es errónea" o "equivocada". En todo momento respetar sus posiciones y argumentos, aunque no se compartan; no juzgarlo.

• Valorar con el paciente las medidas que pueden utilizarse para minimizar la

necesidad de transfusión y que estén disponibles en el centro sanitario, con sus riesgos y beneficios.

• Ofrecer al paciente la posibilidad de que dé su consentimiento para un uso de la terapia con sangre o hemoderivados totalmente restringido a la emergencia vital, y no al resto de las situaciones clínicas.

• Explorar su grado de voluntariedad. Si el paciente está acompañado puede ser conveniente buscar una entrevista a solas para asegurar que actúa libremente
.

• Insistirle en que nadie tiene por qué enterarse de si se le realiza o no una transfusión. Resaltarle la especial protección ética y jurídica que tienen todos los datos sanitarios consignados en la historia clínica.

• Explorar la capacidad. Si se considera necesario, solicitar ayuda a otros profesionales (Psiquiatría, Psicología).

• Registrar adecuadamente en la historia clínica un resumen de la conversación con el paciente.

• Indicarle al paciente la conveniencia de que cumplimente una Voluntad Vital Anticipada antes de que se realice la intervención, para que quede recogida su voluntad de forma aún más explícita en el supuesto de que hubiera que tomar una decisión en el curso de la misma.

DERIVACIÓN DE PACIENTES A OTRO CENTRO SANITARIO

Los centros sanitarios públicos no pueden discriminar a los pacientes en función de sus creencias o decisiones. Por eso, en principio, cada centro sanitario debe tratar de realizar todas las intervenciones que figuren en su cartera de servicios a todos aquellos pacientes que tenga adscritos y lo necesiten. No cabe oues "derivar automáticamente" a otro centro sanitario a "todos los pacientes que rechazan la sangre". La obligación de partida es tratar de atenderlos con sus propios medios.

La derivación del paciente a otro centro sanitario de Andalucía sólo debe producirse después de que el AGS Sur de Granada haya agotado todos los recursos para tratar de atender al paciente. De gestionar dicha derivación se encargará la Unidad de Atención a la Ciudadanía.

También puede suceder que sea el propio paciente el que solicite libremente la derivación directa a un centro determinado, aplicando el derecho a la libre elección de especialista y centro. Los criterios a seguir serán los específicos expuestos en la normativa aplicable a cada caso:

- Decreto 128/97, de 6 de mayo, por el que se regula la libre elección de médico especialista y de hospital en el Sistema Sanitario Público de Andalucía (BOJA 24/05/97, nº 60).

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222, 16/9/2006).

En la excepcional circunstancia de ser ineludible la derivación del paciente a otras Comunidades Autónomas se seguirá el circuito establecido por el Servicio de Atención a la Ciudadanía de cada centro sanitario, que se basará en el procedimiento y requisitos establecidos para la derivación de pacientes a centros, servicios y unidades de referencia según la normativa vigente.

Derivación de pacientes a otro centro

SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES EN OTROS SERVICIOS NO QUIRÚRGICOS

La mayor parte de la literatura científica que aborda técnica, ética y jurídicamente la cuestión de la atención sanitaria a pacientes con rechazo de terapia con sangre o hemoderivados lo hace en el contexto de la práctica quirúrgica. Sin embargo es preciso en muchas ocasiones la terapia con sangre o hemoderivados en pacientes médicos no quirúrgicos: procesos clínicos hematológicos, gastroenterológicos, cardiológicos, oncológicos, etc.

El abordaje de estos pacientes con cuadros clínicos médicos puede realizarse teniendo en cuenta las mismas consideraciones técnicas, éticas y jurídicas que se han expuesto a lo largo de este protocolo, que han estado enfocadas de manera principal a la práctica quirúrgica en el amplio sentido del término.

Los profesionales en ocasiones necesitan de apoyo de la institución, entre otros recursos se ofrece el asesoramiento del Comité de Ética Asistencial del AGS Sur de Granada (ANEXO I).

En ocasiones es preciso consultar con el Juzgado de guardia o el Ministerio Fiscal. El ANEXO II contiene el modelo de *Formulario de Solicitud al Juzgado de Guardia de Autorización para Tratamiento en Caso de Menores Incapaces cuando los Padres no dan su Consentimiento*.

OTROS RECURSOS DE APOYO A LOS PROFESIONALES

Anexos

ANEXO I

Procedimiento normalizado de consulta al comité de ética asistencial

¿QUIÉN puede solicitar asesoramiento?

El Comité de Ética Asistencial (CEA) podrá ser requerido en su función asesora por:
a)Profesionales de los centros sanitarios de su ámbito de actuación
b)Los propios centros sanitarios, a través de sus órganos directivos
c)Pacientes y usuarios de los centros sanitarios de su ámbito de actuación, sus representantes legales, o sus familiares o allegados siempre que puedan acreditar un interés legítimo para ello.

¿CÓMO solicitarlo?

Todas las peticiones se presentarán cumplimentando el modelo de formulario adjunto.
- a) Las solicitudes de asesoramiento por parte de profesionales de la salud o del centro o institución sanitaria serán dirigidas a la Secretaría del Comité.
- b) Las solicitudes de asesoramiento por parte de pacientes y personas usuarias de los centros se canalizarán a través de las unidades de atención ciudadana.

¿QUÉ respuesta vamos a encontrar?

a)El CEA dará curso a las solicitudes, las rechazará de manera fundamentada, ó las trasladará a otro organismo -de dentro ó fuera del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada- según considere apropiado y conveniente.

b)Los informes o recomendaciones respecto a casos o situaciones clínicas concretas que emita el Comité serán remitidos a quien hubiera solicitado el asesoramiento, y no podrán ser difundidos públicamente. En los casos en que, a juicio del Comité, proceda su difusión, se llevará a cabo a través de los órganos de gobierno de los centros e instituciones sanitarias correspondientes, con absoluto respeto a la confidencialidad de los datos de carácter personal.

c)Los informes del CEA se emitirán siempre por escrito, remitiéndose una copia del mismo

a la persona que hubiera solicitado la consulta al comité.

d) El plazo para la emisión de los Informes o recomendaciones solicitadas al Comité, será de 30 días hábiles como norma general y de 15 días para los casos urgentes.

e) Los informes del CEA tendrán siempre la consideración de recomendación NO SIENDO VINCULANTES para quien los solicita ni tampoco para los miembros del comité.

CONFIDENCIALIDAD

a) Todos los miembros del CEA así como los expertos ó colaboradores ocasionales invitados a las deliberaciones del comité, garantizarán la confidencialidad de toda la información a la que tengan acceso, preservando asimismo el secreto de las deliberaciones entre sus miembros.

b)La información que aparezca en las solicitudes de asesoramiento por parte tanto de profesionales como de centros y usuarios, deberán respetar así mismo la confidencialidad y la protección de datos de carácter personal, evitando en lo posible, los datos de identificación.

FORMULARIO PARA PRESENTACION DE CONSULTAS

El formulario deberá ir firmado por quien realice la consulta, y remitirse por correo ordinario o con acuse de recibo a: La Secretaría del CEA, C/ Martín Cuevas, s/n 18600 Motril

DATOS DEL SOLICITANTE
Nombre, Apellidos, DNI:
Dirección y teléfono de contacto:
Fecha en la que se realiza la consulta:
SOLICITANTE: Usuario/Paciente □ Profesional sanitario □ Dirección de Centro □

MOTIVO DE LA CONSULTA:

(Deberá contener: hechos -con fecha en la que haya tenido lugar- Informes que pudiera considerar de interés para el supuesto planteado y todo aquello que se estime oportuno preservando siempre la confidencialidad y no haciendo mención a datos identificativos).

ANEXO II

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

Dr/Dra……médico responsable del o la paciente D/ª…… de…… años de edad, se encuentra ingresado en el Hospital ……..... de ……,con un diagnóstico de …… ante el Juzgado compadezco 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, que han solicitado el alta voluntaria.

La negativa a la práctica de la mencionada transfusión conlleva necesariamente o 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,
- Como quiera que, según la normativa vigente, no es posible proceder a la intervención sin el previo y preceptivo consentimiento del paciente o de sus familiares o allegados, es por lo que al Juzgado

SUPLICO

-Tenga por notificados los hechos a los que se refiere este escrito a todos los efectos.
-Se sirva dar al equipo médico de este hospital, que atiende a D/ª …….. ....., a la mayor urgencia posible, la autorización en su caso, para:

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

En……a…….de …….. de…….

Fdo. Dr/Dra……..

Bibliografía

1. SIMÓN P, COORD. Recomendaciones para la Elaboración de Protocolos de Atención Sanitaria a Personas que Rechazan la Terapia con Sangre o Hemoderivados. Estrategia Andaluza de Bioética. Sevilla, Enero 2011.

2. SIMÓN P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 29-40

3. SIMÓN LORDA P, BARRIO CANTALEJO IM. El caso de Inmaculada Echevarría: implicaciones éticas y jurídicas. Med Intensiva. 2008; 32 (9):444-51.

4. SIMÓN P, BARRIO IM. Ética, Moral, Derecho y Religión. Un mapa de conceptos básicos para entender la bioética clínica. Ëtica de los Cuidados. 2008 jul-dic; 1(2).

5. COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA. Recomendaciones del Comité de Bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos en tratamiento. Barcelona, 2010.

6. GRUPO DE OPINIÓN DEL OBSERVATORI DE BIOÉTICA I DRET PARC CIENTIFIC DE BARCELONA. Documento sobre el rechazo de transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová. Barcelona, noviembre de 2005.

7. MONÉS J, TERÉS J. Consideraciones Éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre. Med Clin. 2009; 13 (16):627-32.

8. COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN. Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en los pacientes Testigos de Jehová. Junta de Castilla y León, 2010.

9. COMISIÓN DE BIOÉTICA DE CASTILLA Y LEÓN. Rechazo al

tratamiento: Cuestiones Éticas, Deontológicas y Jurídicas. Junta de Castilla y León, 2013.

10. GRUPO DE OPINIÓN DEL OBSERVATORI DE BIOÉTICA I DRET PARC CIENTIFIC DE BARCELONA. Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad. Barcelona, noviembre de 2007.

11. COMITÉ DE BIOÉTICA DE ESPAÑA. Opinión del Comité de Bioética de España sobre la Objeción de Conciencia en Sanidad. Madrid, septiembre de 2011

12. GRUPO INTERDISCIPLINARIO DE BIOÉTICA. INSTITUTO BORJA DE BIOÉTICA. Consideraciones sobre la Objeción de Conciencia. Bioètica y Debat. 2012; 18 (66): 3-19

13. COMITÉ DE ÉTICA DE SAN SEBASTIÁN. Protocolo de Tratamiento en Pacientes Testigos de Jehová. San Sebastian, 1999.

14. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS. Código de Deontología Médica. Guia de Ética Médica. 2011

15. GRACIA, D., RODRÍGUEZ SENDÍN, J.J. (DIRECTORES). Ética de la objeción de conciencia, Fundación de Ciencias de la Salud. Madrid: Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial / Fundación de Ciencias de la Salud, 2008.

16. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE núm. 274 de 15 noviembre 2002)

17. Ley 2/2010, de 8 de abril, de Derechos y Garantías de la Dignidad de la Persona en el Proceso de la Muerte (BOJA nº 88 de 7 de mayo de 2010)

18. FISCALÍA GENERAL DEL ESTADO. Circular 1/2012 sobre el Tratamiento Sustantivo y Procesal de los Conflictos ante Transfusiones de Sangre y otras Intervenciones Médicas sobre Menores de Edad en Caso de Riesgo Grave. Madrid, octubre 2012.

19. LEAL R, COORD. Documento "Sevilla" de consenso sobre alternativas a la transfusión de sangre alogénica". Med Clin. 2006; 127(Supl 1):3-20.

20. 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.

21. Sitio web oficial de los testigos de Jehová: http://www.jw.org/es (Visitado en Junio de 2013)

JUNTA DE ANDALUCIA
Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD