

GUÍA DE RECOMENDACIONES  
PARA EL EMPLEO  
DE HEMODERIVADOS  
EN PACIENTES TESTIGOS  
DE JEHOVÁ

COMISIÓN DE BIOÉTICA  
DE CASTILLA Y LEÓN

2.010

## **INTRODUCCIÓN**

---

El empleo de hemoderivados, terapéutica de disponibilidad limitada, es una práctica habitual en nuestros hospitales y efectiva en determinadas patologías y situaciones clínicas. Aunque no exenta de riesgos, la incidencia de complicaciones ha disminuido notablemente, debido a las normas de seguridad en la gestión de los bancos de sangre,

La decisión de la utilización de hemoderivados viene determinada por la situación clínica, la relación entre beneficios y riesgos, la existencia de tratamientos alternativos y los medios disponibles en cada institución. En cualquier caso, la decisión debe apoyarse en documentos de consenso y protocolos de especialistas basados en la investigación y en la experiencia.

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

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

El recurso a la objeción de conciencia por parte del médico es siempre un recurso personal, derivado de la libertad ideológica, pero no es extensible a las instituciones. Por otra parte, la judicialización del problema no es deseable.

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

El propósito de la Comisión de Bioética de Castilla y León al elaborar este Documento ha sido doble: de una parte informar a los profesionales sanitarios sobre los valores de los pacientes TJ así como de las obligaciones éticas y legales hacia ellos; y de otra actualizar y unificar unas pautas orientativas de actuación para aquellas situaciones asistenciales en la que un paciente rechace el empleo de hemoderivados por motivos religiosos. Esta actualización se ha realizado mediante la revisión bibliográfica y de los distintos protocolos y recomendaciones existentes en los Hospitales de la red pública de Castilla y León (SACYL) y en otros de diversas Comunidades Autónomas.

## **1. LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ Y EL EMPLEO DE HEMODERIVADOS**

“**Testigos de Jehová**” es la denominación que desde 1931 reciben los seguidores de los originarios grupos de estudiantes de la Biblia que Charles Taze Russell (1852 – 1916), estudioso e intérprete de la Biblia, formó en Pennsylvania. Según datos de su propia página web, estiman que son unos 6 millones de TJ en el mundo, repartidos por más de 230 países. **En España** dicha cifra se encuentra en torno a 100.000, según esas mismas fuentes. El grupo más numeroso se sitúa en Madrid, con unos 25.000. En España está reconocida como confesión religiosa desde 1970, inscrita en el Registro de Entidades Religiosas de la Dirección de Asuntos Religiosos del Ministerio de Justicia.

**Su doctrina** está basada en interpretaciones de la Biblia y en un código de conducta establecido por la Watch Tower Bible and Tract Society (WTS). El cuerpo doctrinal está sustentado en la autoridad absoluta de Dios, que trasciende el poder terrenal de las leyes y los gobiernos. La interpretación de diversos pasajes de la Biblia (Gen. 9:3,4; Lev 17:14; Hech. 15:28,29), según la cual “introducir sangre en el cuerpo por la boca o las venas viola las leyes divinas” (*cfr.* “Creencias de los Testigos de Jehová”, en: <http://www.watchtower.org/s/jt/index.htm>) es el origen del rechazo a la transfusión sanguínea, autotransfusión y uso de hemoderivados, adoptado desde 1945. De dicha interpretación, **los TJ concluyen que existe una prohibición divina expresa de consumir sangre**, cuya violación les impediría alcanzar la resurrección y la salvación eterna, suponiendo además una deshonra ante ellos mismos y su sociedad.

Los TJ no aceptan los **componentes mayores de la sangre** (hematíes, plasma y plaquetas), ni la transfusión con **predepósito**. La **recuperación intraoperatoria** sí la aceptan si el circuito con sangre no deja de estar en contacto con el paciente. Es variable su aceptación a **componentes menores** como albúmina, concentrado de factores o gammaglobulina; todos aceptan **cristaloides y coloides, tratamiento antianémico y eritropoyetina**. La aceptación de los componentes mayores puede conllevar la expulsión de la

congregación y la separación de una parte importante de su círculo familiar y social.

Aunque la abstención de sangre es clara y constituye algo muy importante para los pacientes TJ, el tema admite sin embargo diversas **interpretaciones**, por lo que es bueno emplear tiempo en indagar todas las opciones con el fin de evitar conflictos. Incluso la doctrina de WTS ha ido cambiando a tenor de los avances tecnológicos y de las corrientes de opinión en el seno de su organización. Así, desde junio de 2000 se deja a la conciencia individual la utilización de ciertos hemoderivados como vacunas, fibrinógeno, albúmina, gammaglobulina, factores de coagulación, células madre, perfluorocarbonos, eritropoyetina o trasplante de médula ósea. Y lo mismo ocurre con algunas técnicas como la hemodilución, los recuperadores de eritrocitos, la plasmaféresis, la autotransfusión o la circulación extracorpórea. La libertad de opción figura en el **modelo de Documento de Instrucciones Previas** que suelen utilizar los Testigos de Jehová en Castilla y León (documento anexo DA 4).

## **2. ASPECTOS CLÍNICOS DEL EMPLEO DE HEMODERIVADOS**

La **sangre** es un tejido y su uso debe restringirse a situaciones en las que la indicación esté correctamente establecida. Además, la sangre y sus derivados son recursos terapéuticos que escasean. En nuestro país se obtienen por donación, en la actualidad de modo altruista no remunerado. La disminución de las reservas de sangre es un fenómeno generalizado, producto de un desajuste entre donación y transfusión. Este desajuste obedece a diversas causas: aumento de la población susceptible de recibir transfusiones, con cirugía más intervencionista y descenso de población teóricamente donante (por una mayor exigencia de los criterios para ser donante, cambios en los estilos de vida y en la escala de valores de la sociedad, o informaciones erróneas sobre los riesgos de la donación).

Según datos de la Federación de Hermandades de Donantes de Sangre correspondientes a 2007, el número de **donantes** activos se sitúa alrededor de 2.100.000 (35% entre los 18 y 30 años, 41% entre los 31 y 45 años y 24% entre los 46 y 65 años). El índice nacional de donaciones por 1000 habitantes se sitúa en 37,30. Navarra es la Comunidad Autónoma con un mayor índice de donaciones (50,75 por 1.000 habitantes). En Castilla y León, el índice de donaciones se sitúa en 38,33 por 1.000 habitantes.

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

Por otra parte, los **riesgos** asociados a la transfusión han sido el principal argumento esgrimido para reducir la utilización de sangre homóloga. Actualmente el riesgo de enfermedades víricas debe ser estimado por cálculo matemático, ya que no puede medirse directamente debido a su escasa frecuencia (hepatitis C de 1:30.000 a 100.000; Hepatitis B 1:200.000; VIH de 1:450.000 a 660.000; infecciones bacterianas y parasitarias 1:1.000.000). Sin embargo, sigue existiendo el peligro de la hemólisis aguda postransfusional,

que por su gravedad e impacto cuantitativo es la principal complicación (1:33.000). Entre el 1 y el 5% de los tratamientos se presentan reacciones transfusionales no hemolíticas como fiebre, escalofríos o urticaria. Además, se ha señalado que la administración de hemoderivados supone una alteración en la inmunología, teniendo un papel inmunodepresor, habiéndose descrito una mayor recurrencia del cáncer y una mayor incidencia de infecciones en el postoperatorio cuando se han administrado hemoderivados, aunque los estudios a este respecto no son del todo concluyentes.

Por ello parece sensato instaurar prácticas que lleven a una **menor y más racional utilización de los hemoderivados** y a la búsqueda de **alternativas** a la transfusión de sangre homóloga. Además, debe tenerse en cuenta que el empleo de hemoderivados es un tratamiento transitorio que debe ser personalizado, empleando el producto más adecuado y en las dosis correctas para conseguir el objetivo perseguido. No han llegado a establecer documentos definitivos de consenso en relación a las cifras de hemoglobina y hematocrito mínimas, por debajo de las cuales existe un riesgo sustancial de morbimortalidad.

Los **campos de actuación para lograr una optimización del empleo de hemoderivados** abarcan varias posibilidades:

- La publicación de algunos **documentos de consenso, guías clínicas y opiniones de expertos sobre el empleo de hemoderivados**, aun sin la repercusión pretendida en la práctica clínica y con algunos aspectos por conseguir, sí ha logrado sensibilizar a los profesionales, consiguiendo adoptar dinteles generales más bajos de hemoglobina que desencadenen la petición de transfusión, situándose en algunos casos en 7-8 g/ dl de hemoglobina.

En las series publicadas por la **Sociedad Americana de Anestesiólogos (ASA)** sobre pacientes TJ que fueron sometidos a cirugía sin sangre, la mortalidad debida a anemia se situaba en la

inmensa mayoría de los casos en niveles de hemoglobina por debajo de 5 gr/dl; sin embargo, en las conclusiones de las mencionadas revisiones se señalaba que no se disponía de datos suficientes que permitieran extraer conclusiones respecto a la relación entre anemia y morbimortalidad. En muchos hospitales existe un **manual de manejo de hemoderivados elaborado por la Comisión de Transfusión** correspondiente, que señala de forma actualizada los aspectos prácticos relacionados con el manejo de hemoderivados en función de cada situación clínica.

La **Sociedad Española de Transfusión Sanguínea (SETS)** ha publicado en 2006 la tercera edición de la Guía sobre la Transfusión de componentes sanguíneos y derivados plasmáticos, en la que se señalan los criterios de consenso respecto al uso de los hemoderivados, como se indica en el Documento Anexo 3 (DA 3).

- La **autotransfusión con predepósito** evita el riesgo de transmisión de infección, pero no el de hemólisis aguda (por error de identificación). Es más cara que la transfusión homóloga, exige una meticulosa programación quirúrgica para evitar caducidades indeseadas y puede suponer un aumento de riesgo en pacientes ancianos o con patología cardiovascular.
- El empleo de **eritropoyetina (EPO)** en la insuficiencia renal crónica y como coadyuvante a la autotransfusión disminuye las necesidades transfusionales, aunque a un coste de adquisición elevado. Su empleo fuera de los contextos en los que está indicada puede suponer un problema médico-legal. La aprotinina es útil en el mismo sentido en cirugía cardiovascular. La desmopresina (DDAVP) solo es eficaz en pacientes con un elevado riesgo hemorrágico.
- No hay que olvidar el futuro esperanzador, todavía hoy en fase experimental, de los **transportadores de oxígeno** (por síntesis química



o por modificación de la hemoglobina), que constituyen lo que se denomina “sangre artificial”. Los perfluorocarbonos, para su eficacia en el transporte de oxígeno, precisan FiO<sub>2</sub> de 95% y no están exentos de importantes efectos secundarios.

- Siguen estando vigentes las **recomendaciones generales de Mann et al. (1992) para el tratamiento de pacientes TJ con anemia severa:**
  - minimizar las pérdidas de sangre.
    - reducir pérdidas sanguíneas de origen iatrogénico (analíticas repetidas).
    - reducir las pérdidas hemorrágicas: hemodilución, sistema de lavado de hematíes, empleo de fármacos como desmopresina, o el uso de hipotensión controlada.
  - maximizar la producción de sangre:
    - empleo de EPO, apoyo nutritivo, aporte de hierro.
  - optimizar el gasto cardíaco:
    - expansión de la volemia, hemodilución.
  - optimizar el consumo metabólico:
    - aumentar el contenido de oxígeno.
    - disminuir el metabolismo: sedación, parálisis, hipotermia.

### 3. ASPECTOS ÉTICOS

---

En la actividad clínica, los hechos biológicos, como todos los hechos, son portadores de valores. No basta con **reconocer los hechos**, por ejemplo una pérdida sanguínea importante, y plantear soluciones, como la transfusión, sino que también es necesario **reconocer los valores** implicados y saber manejar los posibles conflictos entre valores. La decisión de un paciente de rechazar un tratamiento médico eficaz como es la administración de hemoderivados, pudiendo incluso poner en riesgo su vida, supone **un conflicto entre dos valores** fundamentales, que son la vida y la libertad.

El derecho a disfrutar de esos dos valores: la libertad (de conciencia, de expresión, de religión) y que nadie atente contra la vida, han sido recogidos en todos los Códigos de Derechos humanos, desde los inspirados por la revolución inglesa del Siglo XVII, cuyo máximo exponente fue John Locke, hasta los originados en la independencia americana (Declaración de los Derechos, de Virginia) pasando por los primeros de carácter universal, fruto de la revolución francesa del año 1789.

En la España del siglo XX, el naturalismo de la ética civil preconstitucional daba un máximo valor al respeto a la vida, subordinando a éste la libertad de elección del individuo. La Constitución Española, inspirada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, reconoce ambos derechos, pero sin que exista preeminencia de uno sobre el otro. La vida es una condición de posibilidad para poder disfrutar de los otros valores, pero ello no significa que sea un valor absoluto. En la escala de valores de una persona su vida puede estar situada por debajo de otros valores, por ejemplo los de tipo religioso. Por eso, el derecho a la libertad permite adoptar las decisiones que más se ajusten a **la escala personal de valores**, aunque la elección tomada pueda suponer la pérdida de la vida misma. Los mismos derechos corresponden también a las personas enfermas, reconociéndose por lo tanto el derecho que tienen a rechazar un tratamiento.

La negativa a la transfusión sanguínea supone una situación de conflicto para los profesionales sanitarios implicados en la atención del paciente, pues deben decidir entre preservar la salud y la vida del enfermo transfundiéndole

para que no muera (pero sin respetar entonces su voluntad ni sus creencias) o bien respetar la decisión del paciente de no transfundir, sean cuales sean las consecuencias derivadas de ello.

Según el **principio de beneficencia**, la actuación de los sanitarios debe guiarse por el beneficio del paciente, pero ese beneficio ha de ser adoptado desde la perspectiva del propio paciente, lo que va a depender de cuáles sean su proyecto vital y sus convicciones morales más íntimas, en definitiva sus valores, que, como es lógico, no tienen por qué coincidir con los del médico. Por ello, el de beneficencia es un principio inseparable del **principio de autonomía**: cada cual debe definir qué es lo beneficioso para él.

El principio de autonomía matiza por lo tanto al de beneficencia, haciendo de lo bueno no algo objetivo y externo a la persona, sino algo subjetivo y entroncado con los valores de cada cual. Por ello, el paciente decide una alternativa terapéutica que considera buena para él, pero que sin embargo puede no coincidir con la opinión de su médico o de la comunidad científica. Tal es el caso del rechazo al uso de hemoderivados.

**El proceso del Consentimiento Informado** es la expresión práctica del principio de autonomía. Por ello, para que una decisión sea válida, precisa de un paciente suficientemente informado sobre las consecuencias de la misma y sobre las alternativas que pudieran existir. La **decisión del paciente** será autónoma si cumple tres requisitos: a) que vaya precedida de una **información** objetiva de la situación médica, del procedimiento propuesto, de las alternativas si las hubiera y de las consecuencias que pudieran derivarse de la decisión adoptada; b) que sea una decisión tomada **voluntaria y libremente**, en ausencia de todo tipo de coacción física o psíquica y de manipulación; c) que el paciente tenga **capacidad y competencia** para tomar la decisión.

Es necesario que quien otorga el consentimiento no esté incapacitado legalmente por sentencia judicial y también que tenga capacidad de hecho o competencia para decidir, entendida como la aptitud cognoscitiva para comprender la información y para elegir acerca de una situación concreta y en un determinado momento. El encargado de evaluar la capacidad de hecho del paciente es el profesional sanitario.

El nivel de competencia exigible depende del tipo de decisión implicada. Cuanto más trascendente sea la decisión, mayor será el grado de competencia exigible y menor el número de personas capaces de asumir esa decisión. Así pues, **se debe exigir el máximo nivel de competencia para rechazar un tratamiento vital, de alto rendimiento, bajo riesgo y sin alternativas**, como puede ser una transfusión. A este respecto, sobre el procedimiento para evaluar la capacidad, se aconseja consultar la Guía de Consentimiento Informado editada por la Junta de Castilla y León.

Desde el **principio de no maleficencia**, se hace referencia a las normas de buena práctica clínica basadas en la mejor evidencia científica disponible, la competencia profesional y una asistencia de calidad en relación con los recursos existentes. En el tema que nos ocupa, este principio ético obliga a poner todos los medios para minimizar la hemorragia, descartar patologías de la coagulación, valorar el riesgo quirúrgico, seleccionar la opción de menor riesgo, conocer las alternativas a los hemoderivados u optimizar su uso. En definitiva, **obliga a un correcto diagnóstico de la situación y a evaluar las posibilidades de éxito de las alternativas terapéuticas disponibles**.

Por último, desde el **principio de justicia**, la accesibilidad a los servicios sanitarios debe ser equitativa y con un nivel de asistencia adecuado a las necesidades y a los recursos disponibles. **No puede haber discriminación** por razones religiosas o por la aplicación de tratamientos beneficiosos de un modo sectario, o solo a los pacientes que planteen problemas. También hay que considerar, desde este punto de vista, el **mayor gasto** que implica, por su menor rendimiento, la organización de quirófanos sin sangre para estos pacientes, el empleo de tratamientos menos efectivos y eficientes (como por ejemplo EPO), y los gastos de desplazamiento que en muchas ocasiones se producen; todo ello podría repercutir en detraer esos recursos de otras partidas presupuestarias, viéndose perjudicadas terceras personas, siempre teniendo en cuenta la consideración de un marco sanitario en el que los recursos son limitados. No obstante, si se sostiene que los pacientes tienen derecho a decidir, entre los distintos tratamientos propuestos, el que más acorde sea con sus valores y preferencias, **debería aceptarse el planteamiento de los TJ sin atender a su menor eficiencia** con respecto a otras opciones posibles.

#### 4. **ASPECTOS LEGALES**

---

Los aspectos legales del rechazo de un tratamiento plantean una situación de confrontación entre los derechos y deberes de los profesionales sanitarios e instituciones encargados de la prestación de la asistencia sanitaria, y los derechos y deberes de los pacientes. El rechazo de la administración de hemoderivados por razones religiosas se sustenta en la libertad religiosa reconocida en los principales tratados sobre derechos humanos y en el respeto a la libertad de conciencia que implica el deber de aceptar un pluralismo ideológico, siempre que éste no sea contrario al ordenamiento jurídico.

**Constitución Española** de 1978. En su artículo 16.1 señala que “se garantiza la libertad ideológica, religiosa y de culto a los individuos y a las comunidades sin más limitación en sus manifestaciones que la necesaria para el mantenimiento del orden público protegido por la ley”. Además, el artículo 10 consagra la “dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes y el libre desarrollo de la personalidad como fundamentos del orden político y de la paz social”.

**Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano al respecto de las aplicaciones de la Biología y la Medicina.** (más conocido como Convenio de Oviedo), instrumento jurídico internacional con carácter vinculante para los países que lo suscribieron (en España desde el 1 de enero del año 2000), manifiesta extensamente la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, destacando el derecho a la información, al consentimiento informado y a la intimidad.

En el artículo 5, el Convenio de Oviedo otorga la preponderancia del principio de autonomía sobre el de beneficencia, dando al individuo la máxima autoridad a la hora de tomar decisiones que afecten a su salud personal. Ello se traduce en la exigencia del libre e inequívoco consentimiento de la persona para toda intervención médica o de investigación. Además, en el artículo 9, reconoce la importancia de los deseos expresado anteriormente, en lo relacionado con voluntades anticipadas o testamentos vitales, aconsejando no

obstante, la comprobación de que no haya anacronismo entre el momento de la toma de decisión y el estado de la ciencia en el momento de actuar.

***Ley 41/ 2002 Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.*** Pone de manifiesto la creciente importancia que tienen los derechos de los pacientes en las relaciones clínico asistenciales.

El art. 2 señala entre los principios básicos el respeto a la dignidad de la persona, a la autonomía y a la intimidad; el derecho a otorgar el consentimiento informado después de una información adecuada, a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles y el derecho a negarse a un tratamiento salvo en los casos determinados en la Ley, debiendo constar esta negativa por escrito.

El artículo 8, sobre el respeto a la autonomía del paciente y en relación con el consentimiento informado, señala la necesidad de otorgar el consentimiento para toda actuación en el ámbito de la salud, siendo verbal como regla general y por escrito en los procesos que supongan riesgos o inconvenientes sobre la salud del paciente, siendo este consentimiento revocable en cualquier momento. En el artículo 9, se establecen los límites del consentimiento informado y las condiciones del consentimiento por representación, que serán adecuadas a las circunstancias y proporcionadas a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. Así, el apartado 3 del artículo 9, señala que “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 esté incapacitado legalmente*
- 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 si tiene doce años*

*cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o mayores de dieciséis años, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en situaciones de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.”*

**Ley 8/ 2003 de la Comunidad Autónoma de Castilla y León, Sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.** En vigor desde el 16 de mayo de 2003, complementa el marco normativo general de la Ley 41/2002.

El artículo 3 señala como principios rectores de las actuaciones sobre la salud el respeto a la personalidad y dignidad humanas y la ausencia de discriminación por motivo alguno. Por su parte, el art. 5 señala que *“toda persona mayor de 16 años o menor emancipada ha de considerarse capacitada, en principio, para recibir información y tomar decisiones acerca de su propia salud...”*

El art. 28 señala el respeto a las decisiones adoptadas por las personas en relación con su propia salud individual, con libertad para elegir de forma autónoma entre las opciones presentadas, o para negarse a realizar un diagnóstico o recibir un tratamiento, debiendo constar dicha renuncia por escrito (art.32); así mismo podrá revocar una decisión anteriormente adoptada. El art. 30 señala que el respeto a las decisiones sobre la propia salud es extensible a los casos en que aquellas hubiesen sido manifestadas previamente mediante instrucciones, en previsión de una situación de imposibilidad de manifestarlas de forma personal.

**La doctrina jurisprudencial** respecto a este tema ha variado con el paso de los años y la diferente legislación. Así, la doctrina penalista tradicional se sustentaba en el estado de necesidad para justificar la intervención médica precisa para salvar la vida del paciente, aún en contra de su voluntad y para evitar incurrir en los delitos de cooperación al suicidio y omisión del deber de socorro. Posteriormente, y al amparo de los Derechos Fundamentales de la

Constitución Española, que no establece jerarquía entre dichos derechos, la doctrina ha evolucionado hacia un mayor respeto a la voluntad de la persona.

Por lo tanto, de la jurisprudencia relacionada con este tema se desprende que si quien transfunde en contra de la voluntad del paciente en situación de lesiones irreversibles o peligro de muerte no incurre en delito de coacciones, tampoco será delito aquella conducta que respete la voluntad del paciente de no recibir hemoderivados siempre que dicha voluntad sea manifestada libremente por el paciente, aun cuando pueda derivarse un desenlace fatal.



## **5. RECOMENDACIONES DE ACTUACIÓN**

---

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

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

Es importante señalar que la actuación pudiera estar mediatizada por el carácter de emergencia o urgencia. Una **situación de emergencia** no admite un tratamiento diferido en el tiempo una vez diagnosticada, mientras que una **situación de urgencia** permite que el tratamiento se efectúe en las siguientes 24 horas desde el diagnóstico.

### **5.1 Actuación general**

---

- Se debe mantener de forma constante y sostenida un **diálogo con el paciente** que rechaza el empleo de hemoderivados por razones religiosas, tratándole siempre con respeto y con la mayor consideración, de acuerdo con **su derecho a la libertad de conciencia**, que implica el deber de aceptar un pluralismo ideológico que no infringe la ley. Conviene explorar el conocimiento que el enfermo tiene acerca de los cambios doctrinales de los TJ sobre trasplante y vacunas, presentando la transfusión como lo que es, un trasplante, haciéndole ver que, en algunas ocasiones, no hay alternativa a la administración de hemoderivados si se quiere evitar la muerte o severas discapacidades. Es preciso **promover la deliberación** racional y crítica.

- Se debe proporcionar al paciente una **información veraz y suficiente acerca de su enfermedad, las alternativas de tratamiento y las consecuencias** de las mismas. La información sobre el empleo de hemoderivados y de técnicas coadyuvantes ha de ser precisa y basada en criterios técnicos, con expresión de las probables consecuencias de cada opción. Al enfermo TJ se le debe ofrecer expresamente la transfusión como parte del tratamiento que debe recibir y está indicado en su situación clínica personal. Es labor del profesional ayudarle a que valore con mayor claridad y racionalidad las acciones propuestas.
- El diálogo debe realizarse **a solas con el paciente**, que debe ser protegido de cualquier influencia derivada de la presencia familiar o de miembros de la congregación. **Es obligación del médico responsable asegurarse de que el consentimiento o rechazo sea prestado de forma libre y voluntaria.**
- En esa relación clínica fluida es preciso **asegurar al paciente TJ que se respetará siempre su decisión, cualquiera que ésta sea**, en el sentido de ser o de no ser transfundido. Esa decisión siempre tiene que ser **personal**, por lo que debe explicársele que, si clínicamente se considerara la transfusión imprescindible para salvar su vida, llegado el caso ésta se podría realizar, si así lo desea, guardando estrictamente el secreto, con conocimiento sólo de los clínicos y del paciente, siguiendo circuitos de absoluto anonimato y en lugares de acceso restringido. El facultativo no podrá revelar información a familiares ni allegados si el paciente se lo ha prohibido. No se puede vulnerar en ningún momento la **confidencialidad** debida.
- **El rechazo** de la transfusión sanguínea cuando clínicamente se considera que es imprescindible y se trata de un tratamiento vital, **exige el mayor nivel de capacidad decisoria**, por lo que la evaluación de ésta es absolutamente necesaria. Por ello, habrá que verificar el grado de competencia adecuado y la plena conciencia de la decisión que va a

tomar el paciente, que debe ser auténtica y coherente con su vida y sus valores. **La evaluación del grado de competencia del paciente corresponde al médico responsable** (se puede consultar para ello la Guía de Consentimiento Informado editada por la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León).

- En el contexto de una relación clínica completa, libre y respetuosa, una vez asegurado lo anterior, la opción válida será **respetar la decisión del paciente**, aunque ésta sea la de rechazar el empleo de hemoderivados, como muestra del respeto al derecho que tiene a decidir sobre su vida y su salud, aunque la elección suponga la pérdida de las mismas. El paciente y el médico deberán entonces firmar el **Documento** de “Consentimiento Informado para procesos, sin empleo de hemoderivados” (DA 1), además del Documento de Consentimiento Informado habitual del procedimiento correspondiente. Siempre se dejará constancia en la **Historia Clínica** de las acciones, conversaciones y compromisos a que se llegue con el paciente.
  
- Se tienen que **aplicar las recomendaciones generales para el tratamiento de pacientes Testigos de Jehová con anemia severa** (Mann *et al.* 1992):
  - minimizar las pérdidas de sangre.
    - reducir pérdidas sanguíneas de origen iatrogénico (analíticas repetidas).
    - reducir las pérdidas hemorrágicas: hemodilución, sistema de lavado de hematíes, empleo de fármacos como desmopresina, o el uso de hipotensión controlada.
  - maximizar la producción de sangre:
    - empleo de EPO, apoyo nutritivo, aporte de hierro.
  - optimizar el gasto cardíaco:
    - expansión de la volemia, hemodilución.
  - optimizar el consumo metabólico:

- aumentar el contenido de oxígeno.
  - disminuir el metabolismo: sedación, parálisis, hipotermia.
- Por otro lado no se puede imponer a los profesionales la conformidad completa con la decisión del paciente. La obligación de respetar la decisión del paciente en función de sus creencias puede tener sus límites, como puede ser el que el paciente tenga obligaciones de beneficencia para con terceras personas, como por ejemplo hijos menores que dependan de él. Ante situaciones extremas, como cuando está en peligro la vida del enfermo si no se transfunde, el médico puede ejercer la **objeción de conciencia**, pero debe informar al paciente TJ de su derecho a cambiar de equipo médico o a ser remitido a otro centro. El médico puede objetar en conciencia sólo cuando existe una probabilidad razonable de tener que transfundir (así, no puede objetar ante una intervención que habitualmente presenta un sangrado escaso). Sobre la objeción de conciencia, que tiene sus limitaciones, puede consultarse la guía titulada *Ética de la objeción de conciencia* (Altisent, R., *et al.* 2008). **En ningún caso se abandonará al paciente ni se le obligará a pedir el alta voluntaria.** Como siempre, todo deberá documentarse en la Historia Clínica.
- **La institución sanitaria deberá promover la formación** general de su personal en la búsqueda de tratamientos alternativos y estimular a sus profesionales quirúrgicos en la formación de técnicas que minimicen o eviten el empleo de sangre y hemoderivados. La formación de los profesionales no debe limitarse a los **aspectos técnicos**, sino que también se debe facilitar una **formación en bioética**.

## **5.2 Actuaciones en situaciones concretas**

En la práctica clínica y desde el punto de vista de situaciones concretas de rechazo del empleo de hemoderivados, se distinguen tres supuestos, ante los cuales se pueden establecer unas pautas de actuación orientativas, tomando como primera premisa la individualidad de cada caso: paciente adulto competente, paciente adulto no competente o incapaz y paciente menor de edad

### **5.2.1.- Paciente adulto competente**

- **En la mayoría de las intervenciones** quirúrgicas, la probabilidad de tener que transfundir es mínima, por lo que **el problema, razonablemente, no se presentará**. En las intervenciones programadas en las que habitualmente no se hace reserva de sangre, es más fácil pactar con el paciente un compromiso de no uso de hemoderivados. De modo particular, **en los casos en que sea probable que se presente la necesidad de transfundir**, se aconseja formalizar el **Documento DA 1**, de consentimiento informado sin empleo de hemoderivados. Si surgieran necesidades de transfusión, **deberá respetarse siempre la decisión acordada** entre el médico y el paciente, no usando hemoderivados.
- En **situaciones urgentes**, se debe actuar también de acuerdo con la voluntad del paciente, según lo establecido como pauta general, respetando la decisión adoptada y firmando, si es posible, el Documento DA 1. Hay que reconocer que la propia situación de urgencia limita en el tiempo y dificulta mucho (cuando no hace imposible) una valoración adecuada de la capacidad del paciente; en este caso sería de gran ayuda la existencia de un Documento de Instrucciones Previas en relación con el rechazo al empleo de hemoderivados.

### **5.2.2.- Paciente adulto no competente o incapaz** \_\_\_\_\_

- La situación de no competencia o de incapacidad **no supone una merma de los derechos como persona**, excepto el de tomar algunas decisiones.
- Ante un paciente incompetente o incapaz, **es obligación del médico comprobar la existencia y, en su caso, la validez de un Documento de Instrucciones Previas** del paciente, que puede incluir el rechazo de hemoderivados. Para ello, el médico **en primer lugar debe consultar el Registro de Instrucciones Previas**, en segundo lugar debe consultar la **Historia Clínica** y, por último **preguntar**, a las personas vinculadas al enfermo por razones familiares o de hecho, si existe algún documento de ese tipo. Si efectivamente se confirma la existencia de una decisión de rechazo de sangre y hemoderivados tomada con anterioridad y documentada y se estima que cumple los requisitos de legalidad, **se respetarán las instrucciones previas**, informando de ello a los familiares.
- En casos de **incapacidad legal** se tiene que tener en cuenta la figura del **representante legal**, considerando que las decisiones de representación por él tomadas no tienen autoridad para bloquear un tratamiento que puede salvar la vida a un paciente incapaz. Es decir, **si los representantes legales optan por el rechazo a la transfusión sin que exista ningún respaldo documental del propio paciente, se aconseja actuar en función de los criterios médicos para el manejo de hemoderivados, transfundiendo en su caso**. Se recomienda también en esta situación emitir una **comunicación al Juzgado (DA 2)**, dejando siempre constancia de los hechos en la **Historia Clínica**.
- En casos de **incompetencia o incapacidad de hecho**, que habrá sido **establecida por el médico responsable**, la decisión de sustitución corresponde a **las personas vinculadas por razones familiares o de**

**hecho**, teniendo en cuenta, **como en el punto anterior**, que si rechazan la transfusión y no hay documento previo, se debe actuar de acuerdo con los criterios médicos.

- **Si la situación es urgente y no se conoce manifestación previa documentada** sobre el rechazo a los hemoderivados, ante un paciente incapaz en riesgo inmediato para su integridad física se procederá a **transfundir según criterios médicos**.

### **5.2.3.- Paciente menor de edad** \_\_\_\_\_

- El grado de **participación de los padres en la toma de decisiones** deberá ser más bajo cuanto mayor sea la edad y el grado de madurez del paciente menor.
- En el caso de **menores emancipados o con 16 años cumplidos**, los pacientes sí **pueden rechazar la transfusión** y no cabe prestar el consentimiento por representación; sin embargo, dada la gravedad de la situación, resulta **imprescindible efectuar una correcta evaluación de la capacidad** del paciente y además **los padres tienen que estar informados, debiendo escucharse su opinión**. Se formalizará el **Documento D 1** y se dejará constancia en la Historia Clínica.
- Al menor **entre los 12 y los 16 años**, como norma general se le concede la **capacidad de opinar** sobre lo que puede ser de su interés y la posibilidad de ser oído (e incluso antes de dicha edad, si tuviera suficiente madurez). En estos casos, dada la importancia que tiene la decisión de rechazar un tratamiento vital, **se invierte la carga de la prueba y hay que probar positivamente que el menor es competente para rechazar la transfusión**, considerando *a priori* su incapacidad para tomar esa decisión; si no se puede probar la competencia, entonces hay que trasfunder.
- Ante pacientes de **menos de 16 años, cuando sean los padres o tutores quienes rechacen el uso de hemoderivados** por razones religiosas, al igual que si existe discrepancia entre los mismos padres o tutores, **se debe transfundir**, siempre que sea un tratamiento imprescindible y el único que permita salvar la vida del menor. Esto es válido para situaciones tanto urgentes como no urgentes, procediendo a comunicar el caso al **Juzgado** (Documento D 2) y reflejándolo todo en la Historia Clínica.



## 6 BIBLIOGRAFÍA

---

- ❖ Altisent R, De Lorenzo R, Glez-Fandós R, Gracia D, Monzón JL, Rodríguez JJ, Sánchez M, Seoane JA, Suberviola V. Ética de la objeción de conciencia. Fundación Ciencias de la Salud. Madrid, 2008.
- ❖ Asuero MS, Rubial M. Métodos de ahorro de sangre en el paciente quirúrgico. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 1995; 42: 290-295.
- ❖ Ayala Onsalo A. La negativa a las transfusiones en el derecho penal. XIII Congreso de Unión Progresista de Fiscales. La Toja, 1998.
- ❖ Comisión de Bioética de Castilla y León. Problemas relacionados con las actuaciones sanitarias en los menores de edad. 2010.
- ❖ Comité Asistencial de Ética. Hospital Universitario de Getafe. Protocolo de Actuación ante pacientes Testigos de Jehová. 1999.
- ❖ Comité de Ética Asistencial del Área de Salud Bierzo. Recomendaciones para el empleo de hemoderivados en Testigos de Jehová. 2007.
- ❖ Comité de Ética Asistencial del Área Salud de León. Recomendaciones para el empleo de hemoderivados en pacientes Testigos de Jehová. 2004.
- ❖ Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Palencia. Guía de tratamiento de los pacientes Testigos de Jehová que precisen transfusión de sangre o hemoderivados.
- ❖ Comité de Ética Asistencial del Área de Salud de Segovia. Revisión de la problemática que pueden presentar los Testigos de Jehová ante la transfusión de sangre o hemoderivados.
- ❖ Comité de Ética Asistencial. Hospital Juan Canalejo. Guía de ayuda a las decisiones de los médicos ante el rechazo al tratamiento en el caso de los testigos de Jehová. Gac. Med. Bilbao 2008; 105.57-78.
- ❖ Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Guía de Consentimiento Informado. 2004.
- ❖ Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. Guía sobre Instrucciones Previas. 2008.
- ❖ Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Consejo de Europa. Oviedo, 4 de abril de 1997.

- ❖ Decreto 30/2007, de 22 de marzo, por el que se regula el documento de instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León.
- ❖ Garay A. À propos de la réalisation de transfusions sanguines contre la volonté des patient. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2000; 19: 39-41.
- ❖ García-Caballero JJ *et al.* Medidas no farmacológicas de ahorro de sangre en cirugía. Cir. Esp. 1999; 66 (3): 250-255.
- ❖ Girbau J, Martorell V. Negativa de los testigos de Jehová a la transfusión sanguínea. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16: 283-286.
- ❖ Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i dret. Documento sobre el rechazo de transfusiones de sangre por parte de los Testigos de Jehová. 2005. Disponible en: [www.bioeticayderecho.ub.es](http://www.bioeticayderecho.ub.es)
- ❖ Ley 14/ 1986 de 25 de abril de 1986. Ley General de Sanidad.
- ❖ Ley 8/ 2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.
- ❖ Ley 41/ 2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- ❖ Lienhart A. Refus de soins et urgence vitale, un conflict: la finalité de l'exercice médical et l'obligation de respecter la volonté de la personne. Ann. Fr. Anesth. Reanim. 2000; 19: 42-44.
- ❖ Mann et al. Management of the severely anemic patient who refuses transfusión: lessons learned during the care of a Jehova's witness. Ann. Int. Med. 1992; 117(12): 1042-1048
- ❖ Monzón JL. ¿Cómo afrontar el rechazo a la transfusión de sangre? Algunas propuestas. En: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica (ed.). La Bioética, mosaico de valores. Madrid 2005.
- ❖ Muñoz Gómez M. *et al.* Transfusión sanguínea perioperatoria en el paciente neoplásico (II). Alternativas para la reducción de los riesgos transfusionales. Cir. Esp. 2002; 72(6): 337-348.
- ❖ Muramoto O. Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehova's Witnesses. B.M.J. 2001; 322 (6 January): 37-39.

- ❖ Pereira A. Sangre artificial y otras medidas destinadas a reducir el uso de sangre homóloga. Med. Clín. (Barc) 2002; 119 (1): 30-35.
- ❖ Pérez Ferrer A. *et al.* Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2006; 53: 31-41
- ❖ Pimentel Pérez AG. Los testigos de Jehová y el consentimiento informado. Rev. Med. IMSS 2002; 40 (6): 495-504.
- ❖ Seoane JA. El perímetro de la objeción de conciencia. A propósito del rechazo de la transfusión de sangre por un paciente testigo de Jehová. Indret 2009: 1-21. Disponible en: [www.indret.com](http://www.indret.com)
- ❖ Simón Lorda P. La fundamentación ética del consentimiento informado. Rev. Calidad Asistencial 1999; 14: 100-109.
- ❖ Vázquez Ortega R. *et al.* Transfusión, Cirugía y Testigos de Jehová. Cir. Gen. 2001; 23 (1): 60-63.

## **DOCUMENTOS ANEXOS**

---

**DA1.- Consentimiento Informado para procesos sin empleo de hemoderivados.**

**DA2.- Comunicación al Juzgado para tratamiento con hemoderivados en pacientes incapaces / menores.**

**DA 3.- Tablas de indicaciones de manejo de hemoderivados (SETS)**

**DA 4.- Modelo de Documento de Instrucciones Previas de los Testigos de Jehová.**

**DA 1.- CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PROCESOS, SIN EMPLEO DE HEMODERIVADOS**

D/Dña. ...., de ..... años de edad, en plena posesión de mis facultades mentales y cognitivas, con DNI ..... y con historia clínica número.....

DECLARO que:  
Estoy ingresado/a en el Hospital....., en el Servicio de ..... , donde se me ha diagnosticado .....

En el día de hoy el Dr/a..... me ha comunicado la necesidad de realizar como tratamiento más adecuado de mi enfermedad la siguiente intervención: .....

Además me ha informado de los beneficios que se esperan de dicha intervención, de las posibles alternativas que hay según los medios asistenciales de este Centro, así como de los riesgos potenciales de su realización sin la posibilidad de utilizar transfusión de sangre o de sus derivados.

Así mismo me ha informado del derecho que tengo a cambiar cuando quiera la decisión que adopto en este momento.

He comprendido toda la información que se me ha dado y he podido formular cuantas preguntas he creído oportunas.

Por razones religiosas, me niego a aceptar cualquier transfusión de sangre o de sus derivados, y en consecuencia, **DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE REALICE LA INTERVENCIÓN QUE SE ME HA PROPUESTO (.....), SIEMPRE QUE SE LLEVE A CABO SIN TRANSFUSIÓN DE SANGRE NI DE SUS DERIVADOS**, siendo consciente de que esta decisión puede conllevar mi muerte.

Esta negativa al tratamiento con sangre o sus derivados es absoluta, no debiendo ser invalidada por ningún familiar ni personal sanitario, aun cuando me encuentre en situación de inconsciencia o sea considerado incapaz. Esta decisión sólo podrá ser revocada, por escrito, expresamente por mí.

En consecuencia con todo lo anterior, asumo ante el Hospital de ..... y ante el Equipo Médico que me atiende, mi responsabilidad ante esta decisión y las consecuencias que de ella puedan derivarse.

En ..... a ..... de ..... de 20.....

El paciente: ..... Médico Responsable: Dr/a: .....

Testigos: (nombre, firma y DNI)

.....

**DA 2.- COMUNICACIÓN AL JUZGADO PARA TRATAMIENTO CON HEMODERIVADOS EN PACIENTES INCAPACES / MENORES**

**OFICIO**

**JUZGADO DE GUARDIA**

**A LA ATENCIÓN DEL SR. JUEZ DE GUARDIA**

**ASUNTO:** Comunicación de Negativa al tratamiento con hemoderivados  
[ ] MENORES DE EDAD<sup>1</sup> [ ] INCAPACES.<sup>2</sup>

Le comunico a V.I. que D/Dña. \_\_\_\_\_,  
de \_\_\_\_\_ años de edad, con DNI nº \_\_\_\_\_, está ingresado en este  
Hospital de \_\_\_\_\_, en el Servicio de  
\_\_\_\_\_, y que con el diagnóstico de  
\_\_\_\_\_, precisa para su tratamiento el uso  
de hemoderivados ( \_\_\_\_\_ ) que le deben ser administrados  
con carácter de urgencia [ ] / en el plazo de \_\_\_\_\_ horas [ ], a lo que se niegan por  
motivos de creencias religiosas...

... sus padres o tutores [ ] <sup>(1)</sup>

... sus representantes [ ] <sup>(2)</sup> .

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

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

Dr./ Dra. \_\_\_\_\_  
Nº de Colegiado

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**DA 3.- TABLAS DE INDICACIONES DE MANEJO DE HEMODERIVADOS.-  
(Sociedad Española de Transfusión Sanguínea)**

**1.- USO DE CONCENTRADO DE HEMATIES EN PACIENTES ADULTOS**

A.- Anemia aguda:

1º Mantener volemia al 100% con cristaloides o coloides

2º Transfusión de c. hematíes SI:

- Hb < 7 g/dl en paciente previamente sano.
- Hb < 8 g/dl en paciente con hemorragia incontrolada o dificultad de adaptación a la anemia (diabetes, >65 años, enfermedad vascular, respiratoria)
- Hb < 9 g/dl en paciente con antecedentes de insuficiencia cardiaca o coronaria.

3º Reponer factores de coagulación según estudio de hemostasia (en pérdidas del 100% de volemia)

B.- Anemia pre, per y postoperatoria, transfundir c. hematíes: (mismos criterios que en la anemia aguda)

- Paciente sin descompensación cardiopulmonar: Si Hb < 7 g/dl
- Paciente con antecedentes cardiopulmonares: Si Hb < 8 g/dl
- Paciente con descompensación cardiopulmonar: Si Hb < 9 g/dl

C.- Anemia crónica:

1º Tratamiento causal: ferroterapia, vit B12, ac. Fólico, etc.

2º Transfusión de c. hematíes si sintomatología anémica (astenia, taquicardia, taquipnea).

(Orientativo según Hb: < 5 g/dl → CH; 5 – 9 g/dl → valorar; > 10g/dl → casi nunca CH)

3º En anemia 2º a hemopatías malignas y tumores: mantener Hb entre 8 – 9 g/dl

**2.- USO DE CONCENTRADO HEMATIES EN NIÑOS**

PERIODO NEONATAL (1er MES DE VIDA)

1. Hb < 10 g/dl y cirugía mayor.
2. Hb < 10 g/dl y enfermedad cardiopulmonar moderada.
3. Hb < 10 g/dl en la 1ª semana de vida y clínica anémica.
4. Hb < 13 g/dl y enfermedad cardiopulmonar grave, con VMC y/o O<sub>2</sub> suplementario (FiO<sub>2</sub> ≥ 0,4).
5. Hb < 8 g/dl y anemia sintomática (síndrome apneico, taquicardia, taquipnea, mala curva ponderal, actividad disminuida,).
6. Hemorragia aguda con pérdida ≥ 25% de la volemia o con síntomas clínicos hipoxia tras la corrección de la hipovolemia

LACTANTE, PREESCOLAR Y ESCOLAR

1. Pérdida sanguínea aguda con síntomas clínicos de hipoxia persistentes tras la corrección de volemia
2. Preoperatorio con Hb < 8 g/dl en cirugía urgente o que no puede ser corregida con tratamiento específico.
3. Postoperatorio con Hb < 8 g/dl y clínica de anemia.
4. Hb < 12 g/dl y enfermedad cardiopulmonar grave, que precisa VMC y/o O<sub>2</sub> suplementario con FiO<sub>2</sub> > 0,4.
5. Hb < 10 g/dl y enfermedad cardiopulmonar moderada, que precisa O<sub>2</sub> suplementario con FiO<sub>2</sub> < 0,4.

6. Recomendaciones específicas en los niños con anemia drepanocítica homocigota: Hb preoperatoria 10-13 g/dl, y una tasa de Hb S < al 30-40%, garantizando adecuada hidratación, oxigenación y normotermia
- En caso de cirugía cardiovascular, neurocirugía, cirugía ortopédica y accidentes cerebro vasculares isquémicos es deseable mantener la Hb en el rango superior de los valores descritos y la tasa de Hb S por debajo del 30%.

### **3.- USO DE PLAQUETAS**

a.- Contraindicación:

- En púrpura trombótica trombocitopénica y trombopenia inducida por heparina.
- Valorar en trombopenia inmune.

b.- Indicación: Según cifra de plaquetas y situación clínica. Transfusión en:

*Neonato prematuro*

- $<50 \times 10^9/l$
- $<100 \times 10^9/l$  y factor de riesgo (infección grave,...)

*Adulto y otros neonatos*

- $<10 \times 10^9/l$  ( $<5 \times 10^9/l$  en trombopenia estable de larga evolución como en la aplasia medular)
- $<20 \times 10^9/l$  y factor de riesgo (infección grave, anticoagulación,...)
- $<50 \times 10^9/l$  y procedimiento invasivo o hemorragia
- $<100 \times 10^9/l$  y cirugía SNC o globo ocular

### **4.- INDICACIONES DE USO DEL PFC**

#### **1. Indicaciones en las que su uso está establecido y su eficacia demostrada:**

- Púrpura trombótica trombocitopénica
- Púrpura fulminante del recién nacido, secundaria a deficiencia congénita de la Proteína C o Proteína S, en ausencia de concentrados específicos de esos factores.
- Exanguinotransfusión en neonatos para reconstituir el concentrado de hematíes cuando no se disponga de sangre total

#### **2. Indicaciones en las que su uso está condicionado a la existencia de una hemorragia grave y alteraciones de la coagulación:**

- En pacientes que reciben transfusión masiva.
- Trasplante hepático
- Reposición de los factores de la coagulación en las deficiencias congénitas cuando no existan concentrados de factores específicos
- Situaciones clínicas con déficit de Vitamina K que no permitan esperar la respuesta a la administración de vitamina K endovenosa o no respondan adecuadamente a esta (malabsorción, enfermedad hemorrágica del recién nacido, etc.)
- Neutralización inmediata del efecto de los anticoagulantes orales.
- Hemorragias secundarias a tratamientos trombolíticos.
- Coagulación intravascular diseminada aguda.
- Cirugía cardíaca con circulación extracorpórea.
- En pacientes con insuficiencia hepatocelular grave y hemorragia microvascular difusa o hemorragia localizada con riesgo vital.
- Reposición de los factores plasmáticos de la coagulación deplecionados durante el recambio plasmático cuando se haya utilizado albúmina

#### **3. Indicaciones en ausencia de clínica pero con alteración de las pruebas de coagulación:**



- En pacientes con déficits congénitos de la coagulación, cuando no existan concentrados de factores específicos, ante la eventualidad de una actuación agresiva, procedimientos invasivos y/o traumáticos.
- En pacientes sometidos a anticoagulación oral que precisen cirugía inminente y, por consiguiente, no se pueda esperar el tiempo necesario para la corrección de la hemostasia con vitamina K endovenosa (6-8h).

#### **4. Situaciones en las que su uso NO ESTÁ INDICADO:**

- Todas aquellas que puedan resolverse con terapéuticas alternativas o coadyuvantes (antifibrinolíticos, DDAVP, concentrados específicos...)
- Como expansor de volumen o para recuperación o mantenimiento de presión oncótica y/o arterial.
- Como parte integrante de esquemas de reposición predeterminados (por ejemplo: 1 unidad de PFC por cada 2 ó 3 de CH)
- Prevención de hemorragia intraventricular del recién nacido prematuro.
- Como aporte de inmunoglobulinas.
- Uso profiláctico en pacientes diagnosticados de hepatopatía crónica con alteración de las pruebas de coagulación, que van a ser sometidos a procedimientos invasivos menores.
- En pacientes con hepatopatía crónica e insuficiencia hepatocelular avanzada en fase terminal.
  - El PFC no debe utilizarse como aporte nutricional, en la corrección de hipoproteïnemia, ni en alimentación parenteral prolongada, ni como aporte de componentes del complemento, ni como aporte de factores de coagulación en el recambio plasmático, excepto lo aclarado anteriormente.
  - Corrección del efecto anticoagulante de la heparina.
  - Reposición del volumen en las sangrías del recién nacido con policitemia.
  - Ajuste del hematocrito de los concentrados de hematíes que van a ser transfundidos a los recién nacidos.

**DA 4.- MODELO DE DOCUMENTO DE INSTRUCCIONES PREVIAS DE LOS TESTIGOS DE JEHOVÁ.**

En virtud de lo dispuesto en el artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y documentación clínica, y del artículo 30 de la Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud,

Yo, \_\_\_\_\_  
( Nombre y apellidos)  
, mayor de edad, con D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de Residencia núm. \_\_\_\_\_, según se acredita mediante la copia compulsada adjunta, con domicilio en \_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ provincia de \_\_\_\_\_, con número de teléfono \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_ N ° Tarjeta Sanitaria o código de identificación personal \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

Con capacidad de obrar y actuando libremente, habiendo recibido suficiente información y tras haber reflexionado cuidadosamente, tomo la decisión de expresar a través del presente documento las siguientes instrucciones previas respecto a cuidados y tratamiento, que deseo sean tenidas en cuenta para mi atención sanitaria, si llegara a encontrarme en una situación en la que no pueda manifestar mi voluntad, así como, una vez llegado el fallecimiento, sobre la donación de órganos y tejidos y sobre el destino de mi cuerpo.

DECLARO:

Que formulo estas instrucciones previas con plena convicción moral y amparado por la legislación vigente. Soy Testigo de Jehová, y obedezco el mandato bíblico de “abstenerse de sangre” (Hechos 15:28, 29). Esta es mi firme convicción religiosa, adoptada libremente y de acuerdo con mi conciencia.

Que estas instrucciones previas expresan mi decisión informada sobre el tratamiento médico que deseo en toda situación sanitaria. Informado de los peligros y riesgos implícitos de las transfusiones de sangre y hemoderivados, he decidido evitarlos y asumir los riesgos que pudieran derivarse de mi elección de tratamientos alternativos no sanguíneos.

DISPONGO que no se me administren en ningún caso transfusiones de sangre completa, glóbulos rojos, glóbulos blancos, plaquetas ni plasma sanguíneo, aunque los médicos las consideren necesarias para la conservación de mi vida o de mi salud. Sin embargo, acepto expansores no sanguíneos del volumen plasmático, y todo tratamiento médico que no implique el uso de sangre.

En relación con las fracciones menores de componentes sanguíneos, dispongo que (marcar lo que proceda)

LAS ACEPTO

LAS RECHAZO

ACEPTO TAN SOLO LAS SIGUIENTES (especificar):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

En relación con los procedimientos médicos que impliquen el uso de mi propia sangre, excepto su almacenamiento para uso posterior, dispongo que (marcar lo que proceda):

LOS ACEPTO

LOS RECHAZO

ACEPTO TAN SOLO LOS SIGUIENTES (especificar):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OTRAS INSTRUCCIONES para aquellos procesos asistenciales que cursen con un pronóstico irreversible o en fase terminal (marcar las que se desean):

Deseo finalizar mi vida sin la aplicación de técnicas de soporte vital, respiración asistida o cualquier otra medida extraordinaria, desproporcionada y fútil, que sólo esté dirigida a prolongar mi supervivencia artificialmente, o que estas medidas se retiren si ya han comenzado a aplicarse.

Deseo que se me proporcionen los tratamientos paliativos necesarios para aliviar el dolor físico o psíquico o cualquier síntoma que me produzca una angustia intensa.

Rechazo recibir medicación o tratamientos complementarios extraordinarios y la realización de procedimientos diagnósticos adicionales, si por la evolución de mi enfermedad no van a mejorar mi recuperación o aliviar mis síntomas.

Deseo donar mis órganos y tejidos para ser transplantados a otra persona.

Deseo ser incinerado/a.

\_\_\_\_\_

#### DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTES:

(Ninguno de ellos debe actuar como testigo del otorgamiento)

En caso de pérdida total ó parcial, persistente ó pasajera, de mis facultades de decisión otorgo mi representación a la persona identificada a continuación. La persona designada como mi representante realizará en mi nombre la interpretación que pueda ser necesaria, siempre que no se contradiga con ninguna de las instrucciones que constan en este documento, así como para velar por la aplicación de su contenido. Esta persona deberá ser considerada como interlocutor válido y necesario con el equipo sanitario responsable de mi asistencia para tomar decisiones en mi nombre, ser responsable de mi asistencia y garante de mi voluntad.

D./Dña. \_\_\_\_\_, D.N./Pasaporte/Tarjeta de Residencia  
\_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en  
\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ de la  
localidad de \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_

En caso de renuncia, indisponibilidad, incapacidad o fallecimiento de mi representante, designo como representante sustituto a:

D./Dña. \_\_\_\_\_, D.N./Pasaporte/Tarjeta de Residencia  
\_\_\_\_\_ mayor de edad, con domicilio en  
\_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ de la  
localidad de \_\_\_\_\_  
Teléfono/s \_\_\_\_\_

DECLARACIÓN DE LOS TESTIGOS:

Los abajo firmantes, mayores de edad y con plena capacidad de obrar, declaramos que la persona otorgante de este documento de instrucciones previas lo ha firmado en nuestra presencia y lo ha hecho plenamente consciente, capaz y de forma libre, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción o limitación en su decisión.

Asimismo, los abajo firmantes declaramos no mantener ningún tipo de parentesco o vínculo patrimonial con la persona que otorga este documento, que es mayor de edad y que no nos consta que esté incapacitada judicialmente. Firmamos ante la presencia del otorgante.

Testigo 1

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de residencia núm. \_\_\_\_\_  
(Se adjunta copia compulsada).

Firma del primer testigo

Testigo 2

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de residencia núm. \_\_\_\_\_  
(Se adjunta copia compulsada).

Firma del segundo testigo

Testigo 3

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ mayor de edad,  
D.N.I./Pasaporte/Tarjeta de residencia núm. \_\_\_\_\_  
(Se adjunta copia compulsada).

Firma del tercer testigo

Como otorgante del presente Documento de Instrucciones Previas DECLARO que ninguno de los testigos ante los cuales lo formalizo está ligado conmigo por razón de matrimonio, pareja de hecho, parentesco hasta el segundo grado por consanguinidad o afinidad, ni por relación patrimonial u otro vínculo obligacional.

Estando conforme con todo lo anterior y reservándome el derecho a revocar, en forma escrita, esta declaración en cualquier momento.

Firma del otorgante

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

Registro de Instrucciones Previas de Castilla y León  
Consejería de Sanidad  
Paseo de Zorrilla, 1  
47007 VALLADOLID

## ÍNDICE

---

Introducción .....	página 1
1. Los Testigos de Jehová y el empleo de hemoderivados .....	3
2. Aspectos clínicos del empleo de hemoderivados .....	5
3. Aspectos éticos .....	9
4. Aspectos legales .....	12
5. Recomendaciones de actuación .....	16
5.1 Actuación general .....	16
5.2 Actuaciones en situaciones concretas .....	20
5.2.1 Paciente adulto competente .....	20
5.2.2 Paciente adulto no competente o incapaz .....	21
5.2.3 Paciente menor de edad .....	23
6. Bibliografía.....	24
7. Documentos anexos.....	27
DA1.- Consentimiento Informado para procesos sin empleo de hemoderivados.....	28
DA2.- Comunicación al Juzgado para tratamiento con hemoderivados en pacientes incapaces / menores.....	29
DA 3.- Tablas de indicaciones de manejo de hemoderivados.....	30
DA 4.- Modelo de Documento de Instrucciones Previas de los Testigos de Jehová.....	33