



GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN BIOÉTICA DE LA UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

Comunicación presentada en el VI Congreso mundial de Bioética, Gijón 2009.

ACTUACIÓN ÉTICA EN EL HOSPITAL DE TORREVIEJA ANTE EL RECHAZO DE UN GRUPO DE PACIENTES A UN TRATAMIENTO

M^a Pilar Santos Fuster

Jefa de Servicio de Anestesia del Hospital de Torrevieja

Vicepresidenta del Comité de Bioética Asistencial Hospital de Torrevieja. Dpto de Salud 22

INTRODUCCIÓN

“El hombre es estructuralmente moral, porque resuelve sus problemas de un modo distinto a los animales” (Aranguren. “Ética”)

La andadura de mi hospital es todavía muy pequeña y en el camino, que comenzamos hace tres años, se han ido desarrollando nuevos proyectos y nuevos servicios. Cada proyecto ha planteado nuevos retos, nuevas cuestiones científicas, y también nuevas cuestiones éticas.

En el año 2007 el hospital público de Torrevieja se constituye en hospital de referencia para pacientes testigos de Jehová (TJ).

Los pacientes TJ forman un grupo de ciudadanos, con firmes ideas religiosas que plantean un reto a nuestra medicina. Aceptan la medicina convencional pero establecen unas limitaciones: rechazan la transfusión de sangre y hemoderivados.

La utilización de la sangre constituye un método terapéutico fundamental ante los problemas de déficit de alguno de sus componentes. Es el caso de la pérdida de sangre en las intervenciones quirúrgicas. Los avances tecnológicos han ido desarrollando nuevos productos que pueden sustituir algunas funciones de la sangre: los fluidos artificiales -cristaloides y coloides- como vehículos del resto de componentes hemáticos ó los nuevos compuestos precursores de los factores de coagulación. No obstante no se ha conseguido la síntesis de sustancias que sustituyan algunas funciones de la sangre como el transporte de oxígeno realizado por los glóbulos rojos ó la formación del coágulo que es función de las plaquetas. Esto plantea que cualquier pérdida de sangre que llegue a un nivel crítico requiere la transfusión de estas células.

En enero de 2008, el hospital de Torrevieja inicia la recepción de estos pacientes que rechazan el tratamiento con componentes sanguíneos por cuestiones religiosas. Surgen varias cuestiones éticas:

- ♦ La necesidad y obligación moral de atender a estos pacientes
- ♦ La aceptación de las limitaciones que ellos establecen, aún cuando en algunos casos pueden provocarles la muerte
- ♦ La falta de preparación de los trabajadores de la salud para abordar este tema desde el punto de vista ético, legal y científico
- ♦ La cuestión de la justicia: la igualdad en el trato de los pacientes, que exige mayores recursos en una sociedad en la que la sanidad es pública.

Como afirma el bioeticista español Pablo Simón¹, la respuesta a la pregunta de cómo debe actuar el médico ante el rechazo de un tratamiento es más fácil de formular en la teoría que de realizar en la práctica.

OBJETIVOS

Desde el Comité de Bioética Asistencial (CBA) y el Servicio de Anestesia del hospital de Torrevieja, se inicia un plan de trabajo que trata de resolver las cuestiones relacionadas con el paciente que rechaza un tratamiento. Los objetivos son los siguientes:

- ♦ Información y documentación sobre el tema
- ♦ Abordaje ético, con la elaboración de un documento que invite al conocimiento y a la reflexión desde el punto de vista ético y legal
- ♦ Abordaje científico, con la implicación de varios servicios en la actualización de conocimientos y estrategias para disminuir los requerimientos de sangre.

El objetivo final es el evitar el rechazo de estos pacientes por parte de los trabajadores de la salud, evitar la confrontación y la variabilidad en el manejo estas situaciones y también establecer unas estrategias de tratamiento de las que se puedan

beneficiar todos aquellos pacientes que se encuentren en situación de riesgo de transfusión, dentro de la necesidad de trato justo.

El proyecto se apoya en tres principios básicos: 1. El respeto a la dignidad de los pacientes 2. El respeto del ordenamiento jurídico y el cumplimiento de la legalidad y 3. El respeto de las normas y obligaciones profesionales.

MATERIAL Y METODOS

El **abordaje ético y legal del rechazo a un tratamiento** se inicia con una revisión de artículos y textos escritos sobre cuestiones éticas^{23 4 5 6 7 8 9 10 11}, la lectura de los trabajos realizados por otros Comités de Bioética^{12 13 14 15 16 17 18} y revisión de la legislación sobre el tema^{19 20 21 22 23 24 25}. El objetivo es la redacción de un documento previo en el que se analice:

- ♦ **Las creencias** que pueden motivar el rechazo a un tratamiento. El caso de los pacientes Testigos de Jehová
- ♦ **La reflexión ética:**
 - a) La justificación de los nuevos planteamientos de la bioética moderna: el código múltiple y los cuatro principios o criterios éticos sobre los que dialogar: No-maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia.
 - b) Abordaje de cada uno de los conflictos planteados desde los principios de la Bioética.
 - c) El problema ético de la objeción de conciencia
- ♦ **El análisis legal:**
 - a) El análisis de la confrontación de leyes dentro de la doctrina jurídica y la evolución de la jurisprudencia.
 - b) Las instrucciones previas ó voluntades anticipadas
 - c) El problema del menor de edad. La doctrina jurídica del menor maduro
 - d) La objeción de conciencia desde el punto de vista legal

El borrador del documento se lleva al Comité de Bioética para su discusión y tras varias jornadas de debate, se consensúa una **Guía ética y legal de actuación ante el paciente que rechaza un tratamiento**. Se redacta además el **documento legal** que debe cumplimentar el paciente.

El **abordaje científico** se lleva a cabo con la implicación de varios Servicios médicos del hospital –Hematología, Farmacia y Anestesia- en la revisión de los conocimientos científicos actuales^{26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39} y en estrategias de ahorro de sangre que puedan ser aplicadas.

RESULTADOS

El resultado del proceso de trabajo sobre el rechazo a un tratamiento iniciado desde el Comité de Bioética y el Servicio de Anestesia del Hospital de Torrevieja, se refleja en la publicación de una **Guía ética y legal de actuación ante el paciente que rechaza un tratamiento**, un **documento legal** que debe cumplimentar el paciente y la elaboración de un **Protocolo clínico de ahorro de sangre** que implica a todas las especialidades quirúrgicas. Los documentos citados se resumen en lo siguiente:

GUÍA ÉTICA Y LEGAL DE ACTUACIÓN ANTE EL PACIENTE QUE RECHAZA UN TRATAMIENTO

CÓMO DEBE ACTUAR EL MÉDICO ANTE EL RECHAZO DEL PACIENTE AL TRATAMIENTO PROPUESTO

El primer paso es asegurar que se trata de una decisión autónoma, esto es, realizada por un paciente libre, capaz y adecuadamente informado. Es imprescindible hablar con el paciente en privado y evitar presiones externas. Es fundamental que éste entienda en un nivel suficiente la información que se le quiere transmitir y las consecuencias de su decisión. Se puede revisar con el paciente el proceso de información y de toma de decisiones. Debemos garantizar el respeto y la confidencialidad de aquello que nos comunican. Puede establecerse un límite a su decisión: que la intervención clínica presente una inadecuada relación riesgo/beneficio. En este caso se debe intentar convencer al paciente con argumentos razonados.

La opción de no continuar con el tratamiento del paciente sólo debe ser empleada por el médico tras un diálogo cuando éste esté convencido de que el tratamiento rechazado es absolutamente crucial para el cuidado del paciente y de que no existen alternativas. El paciente no debe ser abandonado. Se debe localizar a un facultativo que pueda aceptar las limitaciones.

En el caso de que un paciente mayor de edad no haya podido manifestarse y declarar su rechazo a una eventual transfusión de sangre y cuyos familiares o personas vinculadas se opongan a la transfusión, se debe comprobar la existencia de algún documento de instrucciones previas o voluntades anticipadas⁴⁰. Si este documento existe, el profesional deberá tener en cuenta su contenido a la hora de tomar una decisión clínica. Si no se obtiene o se desconoce y existe un riesgo inmediato grave para su integridad física, entonces se debe transfundir al paciente, el médico estaría amparado en el estado de necesidad^{41 42}

Los menores de edad, merecen una consideración especial. La doctrina del menor maduro establece en 12 años la fecha en que un menor puede disfrutar, si goza de madurez, de sus derechos de personalidad (derecho a la salud, al ejercicio y uso de la sexualidad...). La capacidad de decisión estará en relación con la madurez y las consecuencias que se puedan derivar de ella. En caso de duda, si la decisión es urgente, el médico debe intervenir en defensa de la vida del menor. Si a pesar de la urgencia se cuenta con tiempo suficiente, se puede solicitar consulta con el juez. Si no hay una urgencia inmediata se aconseja ponerlo en conocimiento del Comité de Bioética. En los menores emancipados ó con dieciséis años cumplidos, no incapaces ni incapacitados, no cabe prestar el consentimiento por representación.

No se debe aceptar el consentimiento por sustitución en el caso de menores de edad cuando el rechazo del tratamiento suponga riesgo grave para la salud o la vida del menor. La patria potestad la ejercen los padres siempre en el mayor beneficio de sus hijos. Si la negativa de los padres impide administrar el tratamiento, el médico debe intervenir en defensa de la vida del menor bien directamente si se encuentra en situación urgente, o acudiendo al juez si a pesar de la urgencia se cuenta con tiempo suficiente para solicitar tal consulta.

CUÁL ES LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA.

- El rechazo al tratamiento debe constar por escrito, y la firma del consentimiento informado se debe realizar de manera que garantice tanto la completa comprensión por el paciente de los riesgos que el rechazo del tratamiento comporta, como la autonomía de la decisión de la persona sin coacciones externas de ningún tipo.
- En los casos en que el paciente no pueda manifestar directamente la propia voluntad, quienes deseen que sean respetadas sus decisiones de rechazo a la transfusión de sangre deben otorgar un documento de voluntades anticipadas –o instrucciones previas– siguiendo los requisitos legales previstos.

CÓMO DEBE ACTUAR EL HOSPITAL

El hospital debe estimular la búsqueda de tratamientos alternativos y formar a sus profesionales, especialmente en los servicios quirúrgicos, en técnicas que reduzcan o eviten el uso de sangre y hemoderivados.

PROTOCOLO CLÍNICO DE AHORRO DE SANGRE

Aplicable a todos los pacientes que se someten a una cirugía de la que se derive una pérdida de sangre e incluye:

- ♦ Un estudio preoperatorio de anemia y de estados carenciales
- ♦ Un plan de tratamiento basado en los resultados del estudio analítico.
- ♦ El estudio de las alternativas farmacológicas y técnicas perioperatorias que disminuyen el sangrado perioperatorio
- ♦ La limitación de las situaciones en las que se debe transfundir sangre con el objetivo de restringir su uso.

CONCLUSIONES

El mundo moderno trae una nueva concepción del ser humano. En la ética sanitaria aparece la idea del Código Múltiple, lo que quiere decir que ya no existe sólo un concepto de salud, propio de la medicina hipocrática. La Bioética surge con el objeto de establecer criterios objetivos sobre los que dialogar.

Los Comités de Bioética Asistencial se constituyen en espacios desde donde resolver los problemas que se plantean, ó desde donde iniciar este diálogo. Y éste el caso que nos ocupa. La recepción en el hospital de Torreveja de pacientes Testigos de Jehová plantea un conflicto desconocido hasta ahora, la del paciente que rechaza un tratamiento que en muchas situaciones puede ser vital. Desde el Comité de Bioética y el Servicio de Anestesia se inicia un plan de trabajo y se elaboran dos documentos: una Guía ética y legal de actuación ante el paciente que rechaza un tratamiento y un Protocolo de ahorro de sangre.

Las conclusiones del proyecto de trabajo descrito son las siguientes:

- ♦ Toda persona tiene derecho a elegir sobre sí misma, anteponiendo si así lo estima, sus propios valores frente al derecho a la vida. Debe establecerse un respeto a la voluntad del paciente adulto capaz
- ♦ Debe asegurarse que la decisión es autónoma.
- ♦ Puede haber unos límites: que la intervención clínica presente una inadecuada relación riesgo/beneficio. En este caso se debe intentar convencer al paciente con razones.
- ♦ La objeción de conciencia sólo debe ser empleada cuando el médico no ve alternativas que éticamente pueda plantear. En ningún caso se debe abandonar al paciente.
- ♦ El documento de voluntades anticipadas refleja la decisión del paciente cuando éste no está conciente ó no pueda manifestarse.
- ♦ Los menores de edad pueden decidir siempre que estén emancipados ó con dieciséis años cumplidos.
- ♦ No cabe el consentimiento por sustitución ó patria potestad cuando el rechazo del tratamiento suponga un riesgo para la salud ó la vida del menor.
- ♦ La estrategias de mejora que desarrolladas deben ser justas para todos

La vida es un valor básico, pero no es un valor absoluto.

Dra. M^a Pilar Santos Fuster
Jefa de Anestesia del Hospital de Torreveja-Departamento de Salud 22
Vicepresidenta del Comité de Bioética Asistencial del Departamento de Salud 22
Mayo 2009

-
- ¹ Simón Lorda P. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. Pp 407-10. Ed. Triacastela. Madrid 2000
- ² Ridley DT. Abstenerse de sangre. Fundamentos históricos, bíblicos y médicos del rechazo de los testigos de Jehová a las transfusiones de sangre. Documento de testigos de Jehová, 1999
- ³ Convenio Europeo de Derechos Humanos. Disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1249.pdf>
- ⁴ Camps V, Broggi MA. Problemas éticos de la relación clínica. Dossier de documentación del Curso Problemas éticos de la relación clínica. UIMP Santander 23-27 julio 2001.
- ⁵ Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación. 2006; 53: 31-41
- ⁶ Ariga T, Hayasaki S. Medical, legal and ethical considerations concerning the choice of bloodless medicine by Jehovah's Witnesses. Leg Med (Tokyo) 2003;5 Suppl 1:S72-75
- ⁷ Monzón Marín JL. ¿Cómo afrontar el rechazo a la transfusión de sangre? Algunas propuestas. Madrid 6-8 junio: V Congreso Nacional ABFYC; 2002.
- ⁸ Savulescu J. Conscientious objection in medicine. BMJ 2006; 332: 294-7.
- ⁹ Sánchez Jacob M. Objeción de conciencia y su repercusión en la sanidad. BOL PEDIATR 2007; 47: 25-30
- ¹⁰ Casado M, Corcoy M. Documento sobre la objeción de conciencia en sanidad. Observatori de bioètica i dret. Parc científic de Barcelona. Disponible en: http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Objecion_de_conciencia.pdf
- ¹¹ Acea Nebrija B y cols. Evaluación de una guía de recomendaciones para testigos de Jehová tras su aplicación en la práctica quirúrgica. Med Clin (Barc). 2005; 124: 435-6. Disponible en: http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7010&sumarioid=13003196&anteriores=true
- ¹² Protocolo Testigos de Jehova Comité de Ética Asistencial de San Sebastian. Disponible en: http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/protocolotestigosdejehova.pdf
- ¹³ Guía de ayuda a las decisiones de los médicos ante el rechazo al tratamiento en el caso de los Testigos de Jehová Comité de Ética Asistencial Hospital Juan Canalejo 2007. Disponible en: <http://www.hospitalcoruna.es/Comun/Etic/default.asp>
- ¹⁴ Documento sobre el rechazo de los Testigos de Jehová a las transfusiones de sangre. Parc Científic de Barcelona. Disponible en: http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/documentos/Testigos_de_Jehova.pdf
- ¹⁵ Consideracions sobre determinats condicionaments de l'atenció sanitària per motius religiosos. Acta corresponent a la sessió ordinària de la Comissió Assessora de Bioètica del Departament de Sanitat i Seguretat Social, celebrada el dia 7 de maig de 1997 a la seu d'aquest Departament. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/actabio16.pdf>
- ¹⁶ Guía ante la negativa al tratamiento Comité de Ética Asistencial Corporació Parc Taulí 2006
- ¹⁷ Testigos de Jehová. Comité de ética del Hospital Exequiel González Cortés, por Juan Pablo Díaz (Médico Intensivista), Gina Raineri (Abogada, Diplomada en Bioética) y Verónica Anguita (Magister en Bioética) Disponible en: http://etica.uahurtado.cl/documentos/testigos_jehova.pdf
- ¹⁸ Recomendaciones ante el rechazo a un tratamiento por parte del paciente. Comité de Ética Asistencial Hospital Txagorritxu 2006
- ¹⁹ Instrumento de Ratificación del 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 (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE 251/1999, de 20 octubre 1999. Referencia Boletín: 99/20638. EDL 1997/26624.
- ²⁰ Constitución Europea. Disponible en www.constitucioneuropa.es/pdf/ConstitucionEuropea.pdf
- ²¹ Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad. BOE 101/1986, de 29 abril 1986. Referencia Boletín: 86/10499. EDL 1986/10228.
- ²² 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 274/2002, de 15 de noviembre. Referencia Boletín: 02/22188. EDL 2002/44837.
- ²³ Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero de protección jurídica del menor. Disponible en: <http://www.judicatura.com/Legislacion/0133.pdf>
- ²⁴ Romeo Casabona CM. op.cit. p.338
- ²⁵ The Royal College of Surgeons of England. Code of Practice for the surgical management of Jehovah's witnesses. London: The Royal College of Surgeons of England;2002
- ²⁶ Marsch JC, Bevan DH. Haematological Care of the Jehovah's Witness patient. Br J Haematol 2002; 119(1):25-37.
- ²⁷ Llau JV, Tornero F, Pérez-Solaz A. Transfusión sanguínea y técnicas de autotransfusión. En: Tratado de Anestesia y Reanimación, Tratado de anestesia y reanimación. Luis Miguel Torres Morera, Luis Miguel Torres Morera, José Luis Aguilar Sánchez. Ed.Arán 2001; capítulo 54; 1539-1573.
- ²⁸ Protocolo de Ahorro de Sangre Hospital General Universitario de Valencia. Disponible en: www.chguv.san.gva.es/Descargas/AreaMedica/ServQuir/AnestRea/DIAZ_AhorroSangreSesionSARTD_CHGUV041005.pps
- ²⁹ Objectives and limitations of bloodless medical care. Shander A; Goodnough L. Current Opinion in Hematology. 13(6):462-470, November 2006.
- ³⁰ Shander A, Rijhwani T, Chithran P. Bloodless Medicine and Surgery. ASA Refresher Courses in Anesthesiology. 32(1):211-226, 2004
- ³¹ Documento «Sevilla» de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica. Coordinador: Ramón Leal. Med Clin (Barc). 2006;127(Supl 1):3-20. Disponible en <http://www.doyma.es>

-
- ³² Shander A. Surgery without blood. *Critical Care Medicine*. ANEMIA AND BLOOD MANAGEMENT IN CRITICAL CARE. 31(12) Supplement:S708-S714, December 2003
- ³³ Goodnough LT, Shander A, Spence R. Bloodless medicine: clinical care without allogeneic blood transfusion. *Transfusion* 2003;43(5):668-676.
- ³⁴ Van der Linden P. Perioperative blood conservation strategies: an update for clinicians. *Can J Anaesth* 2003;50(6 Suppl):S1-2
- ³⁵ Carson JL, Ferreira G. Transfusion triggers: how low can we go? *Vox Sang* 2004;87 Suppl 2:218-221.
- ³⁶ Spahn DR. Strategies for transfusion therapy. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2004;18(4):661-73.
- ³⁷ Objectives and limitations of bloodless medical care. Shander A, Goodnough L. *Current Opinion in Hematology*. 13(6):462-470, November 2006.
- ³⁸ Price S, Pepper J. Jaggar S. Recombinant Human Erythropoietin Use in a Critically Ill Jehovah's Witness After Cardiac Surgery. *Anesth. Analg.* 2005; 101:325-327.
- ³⁹ Goodnough L. Erythropoietin therapy versus red cell transfusion. *Curr Op Hematol* 2001; 8: 405-410
- ⁴⁰ cfr. arts. 11 LB y 5 LG
- ⁴¹ *art. 20.5 CP*
- ⁴² *art. 9.2.b LB*