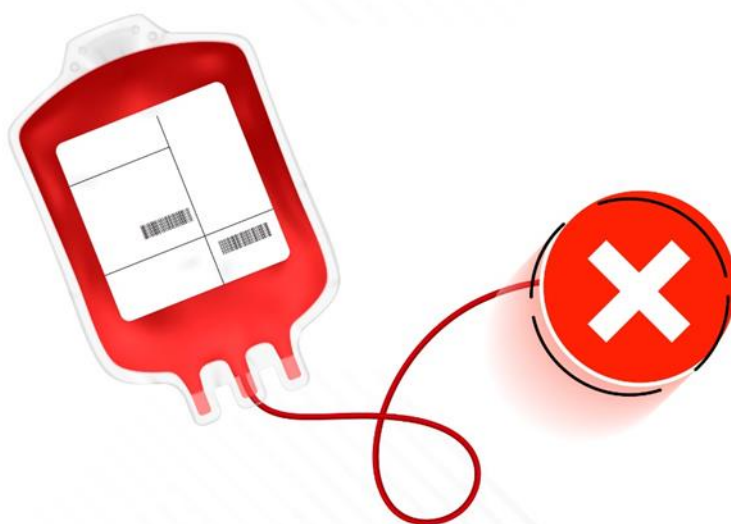


Guía de recomendaciones en intervenciones a pacientes que rechazan terapias con sangre o hemoderivados



ÍNDICE:

| | |
|--|----|
| 1. Introducción..... | 2 |
| 2. Bases jurídicas sobre el derecho del paciente a negarse a recibir sangre o hemoderivados | 4 |
| 3. Bases jurídicas sobre el menor de edad en las decisiones sanitarias | 5 |
| 4. Consideraciones éticas y jurídicas sobre la negativa de los profesionales a realizar intervenciones sin transfusión de sangre o hemoderivados | 6 |
| 5. Recomendaciones en intervenciones en pacientes que se niegan a recibir sangre o hemoderivados:..... | 7 |
| 5.1. Aplicar el programa para el manejo adecuado de la sangre del paciente pbm (patient blood management): (anexo I y anexo II)..... | 7 |
| 5.2. Actuaciones con adulto ante cirugía urgente (anexo III)..... | 8 |
| 5.3. Actuaciones con adulto ante cirugía programada (anexo IV)..... | 9 |
| 5.4. Actuaciones con menor de edad ante cirugía urgente (anexo V) | 10 |
| 5.5. Actuaciones con menor de edad ante cirugía programada (anexo VI)..... | 11 |
| 6. Grupo de Trabajo Regional para la elaboración del Protocolo Buenas Prácticas en Cirugía Sin Sangre..... | 12 |
| 7. Bibliografía | 13 |
| 8. Anexos: | |
| 8.1. Anexo I: pbm (patient blood management)..... | 14 |
| 8.2. Anexo II: manejo preoperatorio del paciente anémico..... | 15 |
| 8.3. Anexo III: diagrama adulto con indicación de cirugía urgente..... | 16 |
| 8.4. Anexo IV: actuaciones con adulto con indicación de cirugía urgente..... | 17 |
| 8.5. Anexo V: actuaciones con menor de edad con indicación de cirugía urgente..... | 18 |
| 8.6. Anexo VI: actuaciones con menor de edad con indicación de cirugía programada..... | 19 |
| 8.7. Anexo VII: consentimiento informado en pacientes que rechazan la transfusión de hemoderivados | 20 |
| 8.8. Anexo VIII: 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..... | 22 |

1. INTRODUCCIÓN

El/la paciente es sujeto activo de cualquier intervención médica. Debe estar al tanto de todo el proceso de su enfermedad y participar en la toma de decisiones prestando su consentimiento, después de haber sido correcta y suficientemente informado.

Los/las pacientes cada vez son más consciente de los derechos que tienen respecto a la gestión de la propia salud y enfermedad. Por eso aumenta la demanda de información y participación activa en la toma de decisiones sanitarias, sobre todo aquellas que le afectan de manera más directa, como son las relacionadas con intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Además un sistema sanitario de calidad debe reconocer a los pacientes como protagonistas centrales de su proceso atención, haciéndoles conocedores y participes de las actividades de dicho proceso. Y si hay varias alternativas, la decisión última sobre lo que debe hacerse en relación con el diagnóstico o tratamiento de su enfermedad corresponde al propio sujeto de esa decisión: la persona enferma.

Existe una larga tradición de rechazo a recibir sangre o hemoderivados. Este rechazo ha sido durante décadas una característica casi exclusiva de las personas pertenecientes a la comunidad cristiana de los Testigos de Jehová. Sin embargo, aunque lo más frecuente sigue siendo que las personas que rechazan esta terapia lo hagan por ser miembros de esta comunidad religiosa, lo cierto es que en los últimos años han comenzado a aparecer personas que toman también esta decisión y lo hacen por motivaciones muy distintas: simplemente les desagrada la idea de recibir sangre de otra persona, no quieren asumir los riesgos de la transfusión sanguínea, o tienen creencias filosóficas o religiosas de otro tipo que les llevan a esta decisión de rechazo.

Sigue existiendo controversia sobre qué hacer cuando los/las pacientes se niegan a recibir sangre o hemoderivados en diversas situaciones clínicas.

La terapia con sangre o hemoderivados es una terapia muy importante en el marco de la atención sanitaria, especialmente en el marco de la actividad quirúrgica. El hecho de que un/una paciente al mismo tiempo acepte la realización de esas intervenciones quirúrgicas y rechace que en el curso de ellas se utilice sangre o hemoderivados como parte del tratamiento añade una complejidad a la actividad sanitaria, tanto desde el punto de vista organizacional, como ético y jurídico a la que hay que dar una respuesta adecuada.

Por este motivo, en los últimos años se han multiplicado los esfuerzos por elaborar recomendaciones que ayuden a los profesionales, pacientes y gestores a atender estas situaciones complejas.

El SESCAM participó durante el año 2011 en la elaboración de la “Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios”, mediante la firma de un convenio de colaboración firmado entre el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la Fundación Pluralismo y Convivencia, del Ministerio de Justicia, y el propio SESCAM. En el proyecto colaboró también la Comisión Nacional de Trasplantes. En esta Guía, que no tiene carácter normativo, pero sí ha sido aprobada y divulgada tanto por el Ministerio de Sanidad como por el Ministerio de Justicia (del que depende la Fundación Pluralismo y Convivencia), se dice: *“La situación relacionada con el ejercicio de la libertad de conciencia y religiosa respecto de los tratamientos médicos que con mayor frecuencia se plantea en los centros hospitalarios es el rechazo de los pacientes testigos de Jehová a las transfusiones de sangre y/o hemoderivados. Sería recomendable que los centros hospitalarios dispusiesen de protocolos de actuación que asegurasen el respeto a la voluntad de los miembros de esta confesión y al tiempo proporcionasen seguridad a los profesionales sanitarios, siguiendo las recomendaciones de la evidencia científica”* (pág. 22).

Diferentes Comunidades Autónomas han adoptado varias iniciativas para dar respuesta a las demandas de los pacientes que, no sólo por motivos religiosos, rechazan la terapia transfusional, como la “Guía per al respecte a la pluralitat religiosa en l'àmbit hospitalari”, editado por la Generalitat de Catalunya en diciembre de 2005, o las “Recomendaciones para la elaboración de protocolos de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados”, editadas por la Consejería de Sanidad de la Junta de Andalucía en 2011.

El “Documento Sevilla de Consenso sobre Alternativas a la Transfusión de Sangre Alogénica”, aprobado por las Sociedades Españolas de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (SEDAR), de Hematología y Hemoterapia (SEHH), Transfusión Sanguínea (SETS), Trombosis y Hemostasia (SETH), y de Farmacia Hospitalaria (SEFH), revisada en diciembre de 2012 (Rev Esp Anestesiol. Reanim. 2013; 60(5): 263. e 1-263.e25), afirma: *“La transfusión de sangre alogénica (TSA) no es inocua, y como consecuencia han surgido múltiples alternativas a la misma (ATSA). Existe variabilidad respecto a las indicaciones y buen uso de las ATSA. Dependiendo de la especialidad de los médicos que tratan a los pacientes, el grado de anemia, la política transfusional, la disponibilidad de las ATSA y el criterio personal, éstas se usan de forma variable. Puesto que las ATSA tampoco son inocuas y pueden no cumplir criterios de coste-efectividad, la variabilidad en su uso es inaceptable”*.

Por todo lo expuesto hasta ahora, la Dirección General de Asistencia Sanitaria propone elaborar esta Guía de Buenas Prácticas en la atención a pacientes que no aceptan terapias con sangre o hemoderivados.

El objetivo de esta guía es servir de marco para la toma de decisiones que, garantizando el derecho a la autonomía de los pacientes que se nieguen a recibir transfusiones sanguíneas o hemoderivados, a su vez garanticen una atención sanitaria de calidad a estos pacientes.

Esta guía presenta flujogramas de actuación en diversas situaciones (anexos) diferenciadas respecto a la capacidad de toma de decisiones de los pacientes y a los ámbitos de actuación (intervenciones programadas y urgentes).

En adultos, sobre todo en urgencias, por pérdida de autonomía, es de gran importancia la existencia de una Declaración de Voluntades Anticipadas (DVA), porque facilitaría la toma de decisiones, por lo que se ha de hacer hincapié a los ciudadanos para que realicen su DVA.

La sangre es un tejido y como tal, su uso debe restringirse a las situaciones en las que la indicación esté bien establecida y avalada por la evidencia. Además, la sangre y sus derivados son recursos terapéuticos que escasean y no están exentos de efectos secundarios y adversos. Como cualquier otra intervención, su utilización tiene que estar consentida por el paciente y basada en la mejor evidencia científica.

Existe consenso en que a veces se realizan trasfusiones de sangre y hemoderivados que no son necesarios. La sociedad española de hematología dentro del proyecto “Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España” “no hacer” hace algunas recomendaciones para evitar realizar uso de sangre innecesario. Por eso en esta guía hacemos hincapié en la utilización del plan multimodal de manejo de la sangre en el paciente, Patient Blood Management (PBM), impulsado por la OMS. El PBM consiste en la elaboración de un plan personalizado multimodal y multidisciplinar que tiene como objetivo minimizar el riesgo transfusional para mejorar la evolución del paciente y también reducir costes (como son la reducción de la estancia hospitalaria o de complicaciones posoperatorias). Esto puede evitar algunas trasfusiones de sangre o hemoderivados que son innecesarias.

2. BASES JURÍDICAS SOBRE EL DERECHO DEL PACIENTE A NEGARSE A RECIBIR SANGRE O HEMODERIVADOS.

El artículo 15 de la Constitución Española establece que *“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral...”*.

El 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, ratificado por el Estado español en Oviedo el 4 de abril de 1997 (B.O.E. nº 251 de 20 de octubre de 1999), en su artículo 5, establece: *“Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento”*.

Posteriormente, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente recoge lo siguiente:

- Artículo 2.3.: *“El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.”*
- Artículo 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.”*
- Artículo 8.5.: *“El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento”*.
- 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, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.*
- Artículo 9.4.: *“Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años que no se encuentren en los supuestos b) y c) del apartado anterior, no cabe prestar el consentimiento por representación. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, 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”*
- Artículo 21. El alta del paciente:
 - “1. *En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.*

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

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

Por otra parte, la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla – La Mancha (BOE N° 248 de 13 de octubre de 2010), respecto al derecho a la negativa a recibir un procedimiento sanitario, en su artículo 22, establece lo siguiente:

1. *En los casos en que el paciente se niegue a recibir un procedimiento sanitario, el profesional responsable de su aplicación deberá informarle acerca de otras alternativas existentes y, en su caso, ofertar éstas cuando estén disponibles, debiendo tal situación quedar adecuadamente documentada en la historia clínica.*

2. *De no existir procedimientos sanitarios alternativos disponibles o de rechazarse todos ellos, se propondrá al paciente la firma del alta voluntaria. Si no la firmase, la dirección del centro, a propuesta del profesional sanitario responsable, podrá ordenar el alta forzosa del paciente en los términos previstos por la legislación vigente”.*

3. BASES JURIDICAS SOBRE EL MENOR DE EDAD EN LAS DECISIONES SANITARIAS.

En caso de menor que no haya cumplido 16 años de edad se encontraría la subcategoría del menor "maduro" teniendo en cuenta que el art. 9.3.c de la Ley 41/2002 establece: “*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, conforme a lo dispuesto en el artículo 9 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.*” Por lo que, se deduce de este artículo, que al menor de edad que sea capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, le corresponde prestar el consentimiento informado aun cuando no tenga 16 años.

Por tanto, la Ley 41/2002, en relación con el menor de edad, distingue:

- Mayoría de edad sanitaria: Al menor que tenga 16 años cumplidos, con independencia de que esté emancipado, le corresponde prestar el consentimiento informado por sí mismo (art. 9.4 de la Ley 41/2002). Porque se le presume que es capaz. Los supuestos en los que esta regla no regiría:
 - Grave riesgo.
 - Falta de capacidad intelectual/emocional. Por ejemplo, paciente de 17 años que en el momento de la exploración se aprecian signos evidentes de retraso intelectual o madurativo. En este caso, aunque sea mayor de 16 años, lo prudente sería que el médico solicite el consentimiento de los padres por falta de madurez del menor.
 - Los supuestos en los que por Ley se exige para la intervención mayoría de edad civil (18 años). Ensayos clínicos...

- El menor que no ha cumplido aún los 16 años, pero el médico/a responsable advierte que, pese a su edad, sí es capaz intelectual y emocionalmente de comprender el alcance de la intervención: podría decidir por sí mismo.

Por consiguiente, la Ley 41/2002 adopta en relación con los pacientes menores de edad un doble criterio, un criterio objetivo -de atender a la edad de 16 años- y un criterio subjetivo -de atender a la capacidad real del menor-. En ambos casos (tanto si tiene 17 años, como si tiene 14 años pero con madurez suficiente), tener en cuenta que de concurrir una situación de grave riesgo quienes decidirían son los representantes legales del menor.

4. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y JURÍDICAS SOBRE LA NEGATIVA DE LOS PROFESIONALES A REALIZAR INTERVENCIONES SIN TRANSFUSIÓN DE SANGRE O HEMODERIVADOS.

La Objeción de Conciencia (OC) no se configura como un derecho fundamental autónomo vinculado al de la libertad ideológica y religiosa, sino que corresponde al legislador la facultad de proceder a su regulación para resolver conflictos concretos mediante la exención de obligaciones jurídicas a favor de un sujeto.

La OC, en el ámbito sanitario, únicamente ha sido admitida por nuestro legislador estatal en relación a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE), y más recientemente respecto a la prestación sanitaria de ayuda para morir.

En desarrollo de estas previsiones en nuestra región se aprobó la Orden de 21/06/2010, por la que se establece el procedimiento de objeción de conciencia a realizar la interrupción voluntaria del embarazo, y en breve se espera conocer la regulación reglamentaria de la OC en el marco de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

Conviene precisar igualmente que el legislador autonómico no ha reconocido el derecho a la objeción de conciencia con carácter general de los profesionales sanitarios; en efecto, la Ley 5/2010 de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, no incluye entre los derechos que asisten a los profesionales sanitarios enumerados en su art. 48, el derecho a la objeción de conciencia.

Sin embargo, dicha Ley impone una serie de límites al deber del profesional sanitario de respetar las decisiones adoptadas por el paciente, al señalar en su art. 15: *“no podrá en ningún caso suponer la adopción de medidas contrarias al ordenamiento jurídico, a los derechos de terceras personas y a la buena práctica clínica.”* Por tanto el profesional sanitario sí podría negarse a realizar una cirugía sin sangre en los casos en los que, aceptar las condiciones fijadas por el paciente, supusiera contravenir la *lex artis*, pero no por motivos de conciencia.

Asimismo, el Código de Deontología Médica, en su art. 35, 1 establece: *“La objeción de conciencia se refiere al rechazo a ciertas acciones, pero nunca puede significar un rechazo a las personas que demandan esa acción en función de sus características individuales: edad, raza, sexo, hábitos de vida, ideología o religión”*.

Ante la negativa a recibir transfusión de sangre o hemoderivados por parte de un paciente:

- a) El facultativo/a debe asegurarse de que se trata de una decisión inequívocamente tomada por el paciente, sin que haya mediado influencias externas.
- b) El facultativo debe respetar dicha negativa porque se trata de un derecho.
- c) Ante la negativa del paciente a recibir sangre o hemoderivados, el facultativo/a debe continuar con las medidas diagnósticas y terapéuticas necesarias, para tratar al/la paciente.
- d) Si el facultativo se negara a realizar la intervención indicada en las condiciones solicitadas por el paciente, podría incurrir en responsabilidad si dicha decisión resultase contraria a la buena práctica clínica, es decir, se estaría incurriendo en mala praxis, que pudiera tener las consecuencias legales correspondientes.

5. RECOMENDACIONES EN INTERVENCIONES EN PACIENTES QUE SE NIEGAN A RECIBIR SANGRE O HEMODERIVADOS.

5.1. Aplicar el Programa para el manejo adecuado de la sangre del paciente PBM (Patient Blood Management): (Anexo I y anexo II)

La Organización Mundial de la Salud ha incluido el PBM en su resolución WHA63.12 de 2010, como una directriz para promover el uso de alternativas a la transfusión según las necesidades, a fin de mejorar los resultados clínicos y la seguridad de pacientes.

El PBM consiste en un plan personalizado, multimodal y multidisciplinar, con el objetivo de minimizar el riesgo transfusional para mejorar la evolución del paciente y reducir costes (la estancia hospitalaria, complicaciones posoperatorias, etc.). Ante cualquier cirugía, y dependiendo de las características del/la paciente y del tipo de intervención, se debe aplicar el PBM, para reducir o eliminar la necesidad de la transfusión de sangre alogénica (de donante) aumentando la producción de la suya propia o evitando su pérdida.

El PBM requiere de un trabajo de equipo, bien coordinado, que comienza cuando al paciente le indican una cirugía potencialmente sangrante, y termina en el postoperatorio o bien al alta, una vez el paciente puede reincorporarse a su vida habitual.

El PBM Se basa en 3 pilares:

PILAR I. Detectar, prevenir o tratar la anemia: La anemia es muy frecuente en la población y está presente en numerosas enfermedades. La anemia se asocia con peor evolución, calidad de vida y mayor mortalidad. La anemia antes de la cirugía condiciona un mayor riesgo de recibir una transfusión. Aunque la sangre de la que disponemos es muy segura, la transfusión supone siempre un riesgo añadido y comporta una peor evolución postoperatoria. Es por ello que tratarla en el preoperatorio o en el postoperatorio puede reducir la transfusión y sus riesgos.

PILAR II. Evitar las pérdidas de la propia sangre: El desarrollo de cirugías menos agresivas (laparoscopia etc.), aumentar la competencia de la coagulación o transfundiendo la sangre de los drenajes o del campo operatorio, puede evitar la pérdida de la propia sangre y contribuir a minimizar la transfusión.

PILAR III. Transfundir solo la mínima dosis necesaria: Para ello las medidas que mejoran las condiciones de salud del paciente (cardiovasculares, respiratorias, renales) pueden permitir un umbral de transfusión más bajo. También transfundir de una en una, cuando el paciente está estable.

Estas medidas pueden ser aplicadas en diferentes etapas, ya sea en el preoperatorio, intraoperatorio o en el postoperatorio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda estos programas de PBM desde el 2010 para mejorar la seguridad de los pacientes que van a someterse a cirugía y para preservar la sangre de los Bancos para los pacientes en que la transfusión no se puede evitar.

5.2. Actuaciones con ADULTO en CIRUGÍA URGENTE:

a) URGENCIA CON RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DEL PACIENTE QUE REQUIERE UNA ACTUACIÓN INMEDIATA:

- Paciente que a criterio médico es capaz de tomar decisiones y expresa su voluntad de no recibir sangre o hemoderivados: CIRUGÍA **SIN** SANGRE Y/O HEMODERIVADOS.
- Paciente que a criterio del médico no es capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación:
 - Se desconoce su voluntad respecto a que le sean administrados sangre o hemoderivados, consultar, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él, pero en todo caso realizar CIRUGÍA **CON** SANGRE Y/O HEMODERIVADOS, **si fueran necesarios**.
 - Se conoce con anterioridad, y de manera fehaciente (Documento de Voluntades Anticipadas –DVA-), que el paciente ha expresado su voluntad de no recibir sangre o hemoderivados: REALIZAR CIRUGÍA **SIN** SANGRE Y/O HEMODERIVADOS.

b) URGENCIA QUE NO REQUIERA INTERVENCIÓN INMEDIATA, ES DECIR, QUE LA INTERVENCIÓN SE PUEDE POSPONER EL TIEMPO NECESARIO PARA PODER CONSULTAR AL PACIENTE:

- Paciente que a criterio médico es **capaz** de tomar decisiones y expresa su voluntad de no recibir sangre o hemoderivados, se le informará de los riesgos y se solicitará firma de consentimiento informado de rechazo a la transfusión: CIRUGÍA **SIN** SANGRE Y/O HEMODERIVADOS.
- Paciente que a criterio del médico responsable de la asistencia, **no es capaz** de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación:
 - Existe conocimiento del rechazo a recibir sangre o hemoderivados (Documento firmado previamente por el paciente, Declaración Voluntades Anticipadas (DVA.): CIRUGÍA **SIN** SANGRE Y/O HEMODERIVADOS.
 - No Existe conocimiento de su voluntad al respecto de recibir sangre o hemoderivados: cabría consentimiento por representación porque habría tiempo, por lo que deciden los familiares. Si estos rechazan que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados, y si la decisión puede poner en grave peligro al/la paciente, a juicio médico, si hay tiempo, se pide autorización al juez, y si no hay tiempo se realiza CIRUGÍA **CON** SANGRE Y/O HEMODERIVADOS, **si fueran necesarios**.

5.3. Actuaciones con ADULTO en CIRUGÍA PROGRAMADA:

a) ADULTO CAPAZ que rechaza recibir sangre o hemoderivados: se solicitará la firma de consentimiento informado de rechazo. El equipo quirúrgico (cirujanos y anestesistas), en sesión conjunta, valorarán si el equipo está capacitado técnicamente para realizar la intervención sin sangre o hemoderivados:

- Si el equipo quirúrgico está capacitado, el facultativo responsable y el anestesista informarán al paciente de los riesgos de la cirugía sin sangre o hemoderivados y solicitarán la firma del Consentimiento Informado. CIRUGÍA **SIN** sangre o hemoderivados.
- Si el equipo quirúrgico no se considera capacitado para realizar esa intervención sin sangre y/o hemoderivados, deberá realizar un informe con la justificación de carácter técnico de esa incapacidad. En dicho informe se deberán aportar argumentos científicos que justifiquen la no capacidad del equipo para realizar la cirugía sin sangre y/o hemoderivados. **No cabe la negativa por objeción de conciencia.** Ante la justificación debidamente argumentada de la no capacidad del equipo, el facultativo propondrá derivación a otro centro que tenga un equipo capacitado para realizar la cirugía. La derivación se realizará obligatoriamente a través de los programas establecidos por el SESCAM para realizarla: GOA o SIFCO.

b) PACIENTE ADULTO NO CAPAZ. Si a criterio del médico responsable, no es capaz de tomar decisiones, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación:

- Existe conocimiento del rechazo a recibir sangre o hemoderivados (Documento firmado previamente por el paciente, Declaración Voluntades Anticipadas (DVA.): CIRUGÍA **SIN** sangre o hemoderivados.
- No Existe conocimiento de su voluntad al respecto de recibir sangre o hemoderivados: deciden los familiares, si éstos rechazan que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados:
 - Si esta decisión puede poner en grave peligro al paciente, a juicio médico, se pide autorización al juez, y se realiza CIRUGÍA **CON SANGRE Y/O HEMODERIVADOS, si fueran necesarios.**
 - Si la decisión de los familiares de rechazo a que el paciente reciba sangre y/o derivados, a juicio del médico, no pone en peligro la vida del paciente CIRUGÍA **SIN SANGRE Y/O HEMODERIVADOS,**

Siempre se deberá hacer hincapié en la correcta información al paciente o familiares, y se deberá contar con los siguientes documentos que quedarán en la historia del paciente:

- Consentimiento Informado de cirugía.
- Consentimiento Informado de aceptación o rechazo a la transfusión.

5.4. Actuaciones con MENOR DE EDAD en CIRUGÍA URGENTE.

- a) URGENCIA CON RIESGO PARA LA VIDA O LA SALUD DEL/LA PACIENTE QUE **REQUIERE UNA ACTUACIÓN INMEDIATA:**

Ante una urgencia vital el que decide es el facultativo responsable, que deberá hacer, **TODO LO QUE CREA NECESARIO PARA EL BIEN DEL MENOR DE EDAD: CIRUGÍA CON SANGRE Y/O HEMODERIVADOS, si fueran necesarios.**

- b) URGENCIA QUE **NO REQUIERA INTERVENCIÓN INMEDIATA**, ES DECIR, QUE HAY TIEMPO PARA CONSULTAR Y QUE LA NECESIDAD DE **LA INTERVENCIÓN PONE EN GRAVE RIESGO LA SALUD O LA VIDA DEL PACIENTE:**

Si La necesidad de la intervención urgente pone en grave riesgo la salud o la vida del paciente, se informa a sus representantes legales y al paciente, según el grado de capacidad de éste. Pero en el caso de que esté en grave riesgo la salud o la vida del menor de edad, no decide el menor de edad, por eso se les solicitará el consentimiento a los representantes legales. Si los representantes legales no aceptan que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados, se notificará al juez, siempre que la situación lo permita, y se realizará CIRUGÍA **CON** TRANSFUSIÓN DE SANGRE Y/O HEMODERIVADOS, **si fueran necesarios**.

- c) URGENCIA QUE **NO REQUIERA INTERVENCIÓN INMEDIATA**, ES DECIR, QUE HAY TIEMPO PARA CONSULTAR Y QUE LA NECESIDAD DE **LA INTERVENCIÓN NO PONE EN GRAVE RIESGO LA SALUD O LA VIDA DEL PACIENTE:**

- Menor maduro que no acepta recibir sangre o hemoderivados: se le solicitará el consentimiento informado de rechazo y CIRUGÍA **SIN** TRANSFUSIÓN.
Al ser un caso sin grave riesgo para la salud y/o la vida del paciente, realizar la intervención sin sangre no debe poner en grave riesgo al paciente, por lo que se debe seguir el criterio del paciente, porque si se considerase que si le pone en grave riesgo estaríamos en el supuesto del apartado a).
- Menor NO maduro y que sus representantes legales no aceptan que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados: se les solicitará el consentimiento informado de rechazo y CIRUGÍA **SIN** TRANSFUSIÓN.
Al ser un caso sin grave riesgo para la salud y/o la vida del paciente, realizar la intervención sin sangre no debe poner en grave riesgo al paciente, por lo que se debe seguir el criterio del paciente, porque si se considerase que si le pone en grave riesgo estaríamos en el supuesto del apartado a).

5.5. Actuaciones con MENOR DE EDAD en CIRUGÍA PROGRAMADA

a) INTERVENCIONES CON GRAVE RIESGO PARA LA SALUD O LA VIDA DEL/LA PACIENTE:

Si, según el criterio médico, la intervención pone en grave riesgo la salud o la vida del paciente, se informará a sus representantes legales y al paciente, según el grado de capacidad de éste. Pero no decide el/la menor. Por lo que se debe solicitar el consentimiento a los representantes legales. Si los representantes legales no aceptan que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados: Se informará al juez:

- Si el Juez autoriza que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados, el facultativo incluirá al paciente en lista de espera y, CIRUGÍA CON SANGRE Y/O HEMODERIVADOS, **si fueran necesarios**.
- Si el Juez no autoriza que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados: el equipo quirúrgico (cirujanos y anestesistas) valorará, en sesión conjunta, la capacidad técnica del equipo para realizar la intervención sin sangre /o hemoderivados:
 - Si el equipo quirúrgico está capacitado para realizar esa intervención sin sangre y/o hemoderivados, se incluirá al paciente en lista de espera, y CIRUGÍA SIN SANGRE Y/O HEMODERIVADOS.
 - Si el equipo quirúrgico no se considera capacitado para realizar esa intervención sin sangre y/o hemoderivados, deberá realizar un informe con la justificación de carácter técnico de esa incapacidad. En dicho informe se deberán aportar argumentos científicos que justifiquen la no capacidad del equipo para realizar la cirugía sin sangre y/o hemoderivados. **No cabe la negativa por objeción de conciencia**. Ante la justificación debidamente argumentada de la no capacidad del equipo responsable del paciente, el facultativo propondrá derivación a otro centro que tenga un equipo capacitado para realizar la CIRUGÍA SIN sangre o hemoderivados. Dicha derivación se realizará obligatoriamente a través de los programas establecidos por el SESCOAM para realizarla: GOA o SIFCO.

b) INTERVENCIONES SIN GRAVE RIESGO PARA LA SALUD O LA VIDA DEL/LA PACIENTE:

- Menor maduro: se informa y se solicita consentimiento al menor, si rechaza recibir sangre y/o hemoderivados, el facultativo responsable solicitará la firma del consentimiento de rechazo, incluirá al paciente en lista de espera y se realizará CIRUGÍA SIN SANGRE Y/O HEMODERIVADOS.
- Menor NO maduro: se informa y solicita consentimiento a sus representantes legales. Si éstos rechazan que el paciente reciba sangre y/o hemoderivados: se solicitará consentimiento informado de rechazo, incluir en lista de espera y CIRUGÍA SIN SANGRE Y/O HEMODERIVADOS.

Al ser un caso sin grave riesgo para la salud y/o la vida del paciente, realizar la intervención sin sangre no debe poner en grave riesgo al paciente, porque si así se considerase estaríamos en el supuesto **a)**.

6. Grupo de Trabajo Regional para la elaboración del Protocolo Buenas Prácticas en Cirugía Sin Sangre.

Para la elaboración de la presente guía se creó un grupo de trabajo con profesionales de la dirección general de Humanización y Atención Sociosanitaria, de las direcciones generales de Asistencia Sanitaria y Cuidados y Calidad del SESCAM, profesionales de los Servicio Jurídicos del SESCAM y médicos y enfermeros de asistencia sanitaria de diversas Gerencias del SESCAM. ,

Componentes:

- Begoña Fernández Valverde, Directora General de Cuidados y Calidad.
- Alfonso Abaigar Martínez de Salinas, Coordinador de Sistemas de Información de la DGAS.
- Félix Alcázar Casanova, Jefe de Servicio Calidad Asistencial y Seguridad al Paciente.
- Aurora Sánchez González, Responsable de la Unidad de Atención al Usuario.
- Juan Carlos Adu Cristobal, Inspector médico de la Gerencia de Coordinación e Inspección del SESCAM.
- Rodrigo Gutiérrez Fernández, Asesor de la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería.
- Carolina Cabañas Cabañas, Jefa de Sección de la Dirección General de Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería.
- José Ángel Monsalve Naharro, F.E.A de Anestesiista, GAI de Albacete.
- Pepa Busto Medina. Jefe Sección Hematología de la GAI de Cuenca.
- Elena Madrigal Sánchez. Coordinadora de la Red de Hemodonación. (GAI C. Real).
- Ricardo Crespo Romero. Jefe de Servicio Traumatología de la GAI de Alcázar de S. Juan.
- Jesús Esteban Cabra Dueñas. Jefe de Sección de ORL de la GAI de Alcázar de San Juan.
- Roberto de la Plaza Llamas, Jefe del Servicio de Cirugía General y del A.P de la GAI de Guadalajara.
- Vicente Lomas Hernández, Jefe de Servicio de Coordinación Jurídica de la Secretaría General del SESCAM.
- Eloy Sancho Calatrava, Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo de la GAI de Puertollano.
- María Eugenia Medina Chozas, Coordinadora de Calidad, Investigación, Docencia y Formación de la GUETS.

7. Bibliografía:

- 1.- Gómez Martínez ME, Simón Lorda P. (editores). Recomendaciones para la elaboración de protocolos de atención sanitaria a personas que rechazan la terapia con sangre o hemoderivados. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Enero 2011.
- 2.- Comité de bioética de Cataluña. Recomendaciones del Comité de bioética de Cataluña ante el rechazo de los enfermos al tratamiento. Abril 2010 [Consultado 07-08-2017] Disponible en: <http://www.bioetica-debat.org/contenidos/PDF/2010/cbcrechazotr.pdf> .
- 3.- guía de atención a pacientes que rechazan la transfusión Hospital de Málaga <http://www.hospitalregionaldemalaga.es/LinkClick.aspx?fileticket=qtFf8dejIRE%3D&tabid=38> .
- 4.- Los hemoderivados y los cristianos testigos de Jehová una aproximación desde la bioética. Informe Comités de Bioética Asistencial de la Comunidad Valenciana <https://www.san.gva.es/documents/151744/6732957/hemoderivados.pdf> .
- 5.- Comisión de bioética de Castilla y León. Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en pacientes Testigos de Jehová. 2010.
- 6.- Guía de gestión de la diversidad religiosa en los centros hospitalarios 2011 (https://www.observatorioreligion.es/upload/35/85/Guia_Hospitales.pdf .
- 7.- Pérez Ferrer A, Gredilla E, De Vicente J y cols. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006;53:31-41.
- 8.- Monés J y Terés J. Consideraciones éticas y legales de la negativa a recibir transfusión de sangre. Med Clin (Barc).2009; 132: 627-632).
- 9.- Morlans M, Clos-Masó D, Gómez-Durán E, Arimany Manso J. El rechazo en las transfusiones y hemoderivados: criterios éticos, deontológicos y médico-legales. Rev Esp Med Legal 2015; 41: 19-26.).
- 10.- Javier Sánchez-Caro J, Abellán-García Sánchez F. Manual de bioética y derecho sanitario para hematólogos. Derecho Asesores Sanitarios y SEHH. Madrid 2014. [Consultado 10-08-2017]: http://www.sehh.es/images/stories/recursos/2015/virtual/Manual_Bioetica_Derecho_Sanitario_para_hematologos.pdf .
- 11.- Cliff- Sullivan H, Roback J. Los pilares del manejo de la sangre del paciente: clave para una implementación exitosa (Artículo, p. 2840). Transfusion. 2019:2840- 8.
- 12.- S.L. Farmer, S.C. Towler, M.F. Leahy, A. Hofmann Drivers for change: Western Australia Patient Blood Management Program (WA PBMP), World Health Assembly (WHA) and Advisory Committee on Blood Safety and Availability (ACBSA) Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 27 (2013), pp. 43-58.
- 13.- Proyecto Optimal blood use. Manual de uso óptimo de la sangre. Instrucciones para el uso seguro, clínicamente eficaz y eficiente de la sangre en Europa. 2010 [Consultado 16-08-2017] <http://www.optimalblooduse.eu/sites/optimalblooduse.eu/files/EU%20Blood%20Manua%20Spanish.pdf> .

Anexo I

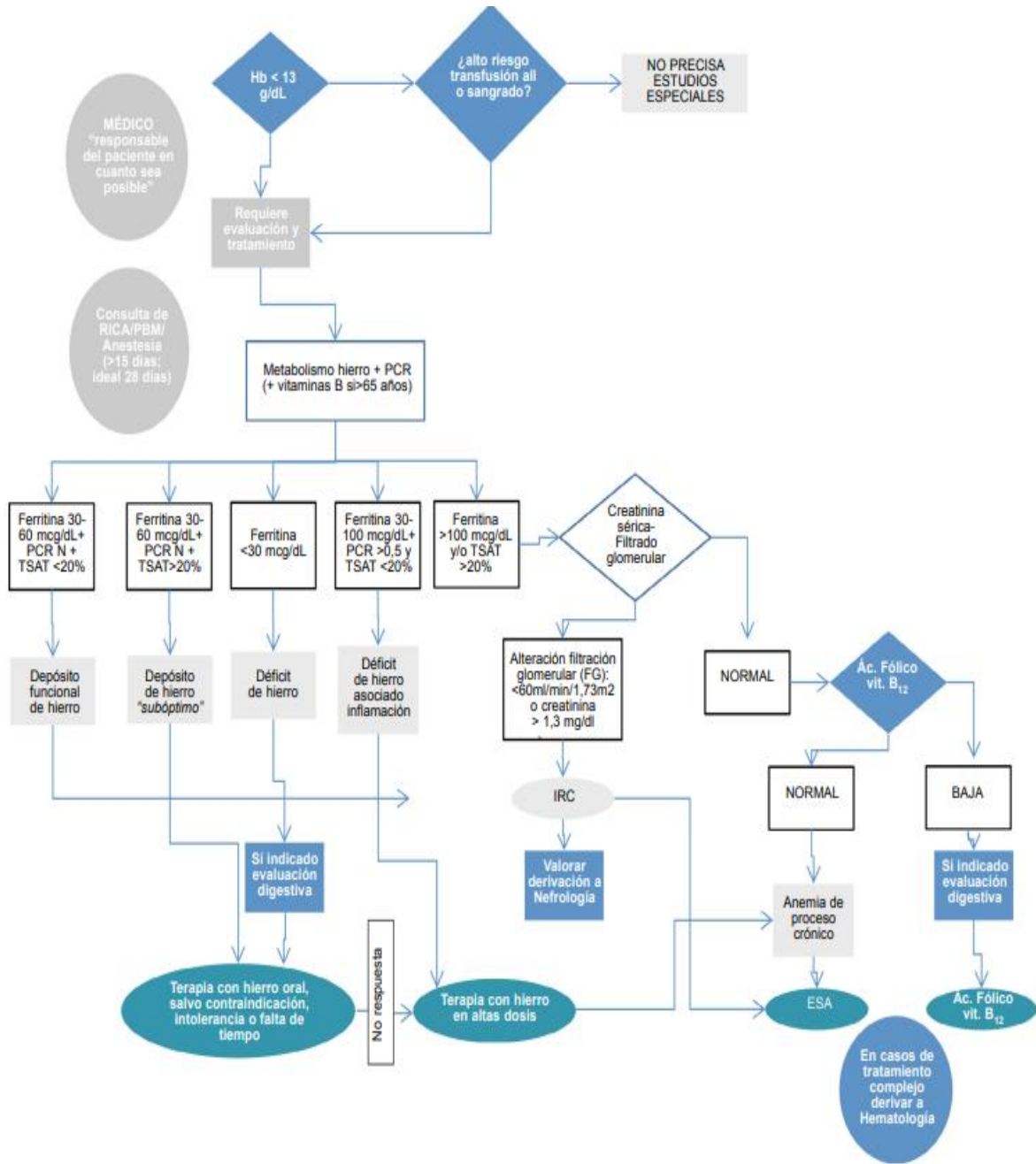
Patient Blood Management PBM

| | 1er Pilar Optimización de la hematopoyesis | 2º Pilar Reducir la hemorragia y la pérdida de sangre | 3er Pilar Optimizar la tolerancia a la anemia |
|-----------------|---|--|---|
| Preoperatorio | <ul style="list-style-type: none"> • Detección de la anemia • Identificar la enfermedad subyacente que causa la anemia • Remitir para una evaluación adicional si fuese necesario • Tratar el déficit de hierro, la anemia de trastornos crónicos, el déficit funcional de hierro • Nota: la anemia es una contraindicación para la cirugía electiva | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar y manejar el riesgo de hemorragia (antecedentes personales/familiares, medicación actual, etc) • Minimizar la pérdida iatrogénica de sangre • Planificar el procedimiento quirúrgico • Donación preoperatoria de sangre autóloga (en casos seleccionados o por elección del paciente) | <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar/optimizar la reserva fisiológica del paciente y los factores de riesgo • Comparar la pérdida de sangre estimada con la hemorragia tolerable específica del paciente • Formular un plan específico para el paciente usando las modalidades apropiadas para el ahorro de sangre para minimizar la hemorragia, optimizar la masa eritrocitaria y el manejo de la anemia • Estrategias restrictivas de transfusión basadas en la evidencia |
| Intraoperatorio | <ul style="list-style-type: none"> • Programar la cirugía para poder realizar una adecuada optimización hematológica | <ul style="list-style-type: none"> • Hemostasia cuidadosa y técnica quirúrgica • Técnicas quirúrgicas con mínima pérdida de sangre • Estrategias anestésicas para el ahorro de sangre • Opciones de transfusión autóloga • Agentes farmacológicos/hemostáticos | <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar el gasto cardíaco • Optimizar la ventilación y la oxigenación • Estrategias restrictivas de transfusión basadas en la evidencia |
| Postoperatorio | <ul style="list-style-type: none"> • Tratar la anemia y el déficit de hierro • Estimular la eritropoyesis • Estar alerta de las interacciones farmacológicas que pueden causar/aumentar la anemia | <ul style="list-style-type: none"> • Vigilar y tratar la hemorragia postoperatoria • Evitar la hemorragia secundaria • Mantener la normotermia (excepto que esté específicamente indicada la hipotermia) • Recuperador de sangre autóloga • Minimizar la hemorragia iatrogénica • Manejo/tratamiento de la hemostasia y la coagulación • Profilaxis de la hemorragia digestiva alta • Prevenir/tratar las infecciones precozmente • Estar alerta de los efectos adversos de la medicación | <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la tolerancia a la anemia • Tratar la anemia • Maximizar la liberación de oxígeno • Minimizar el consumo de oxígeno • Prevenir/tratar las infecciones precozmente • Estrategias restrictivas de transfusión basadas en la evidencia |

Traducida de *Shander et al., 2012 [26]* e *Isbister, 2013 [27]*.

ANEXO II

Manejo preoperatorio del paciente anémico

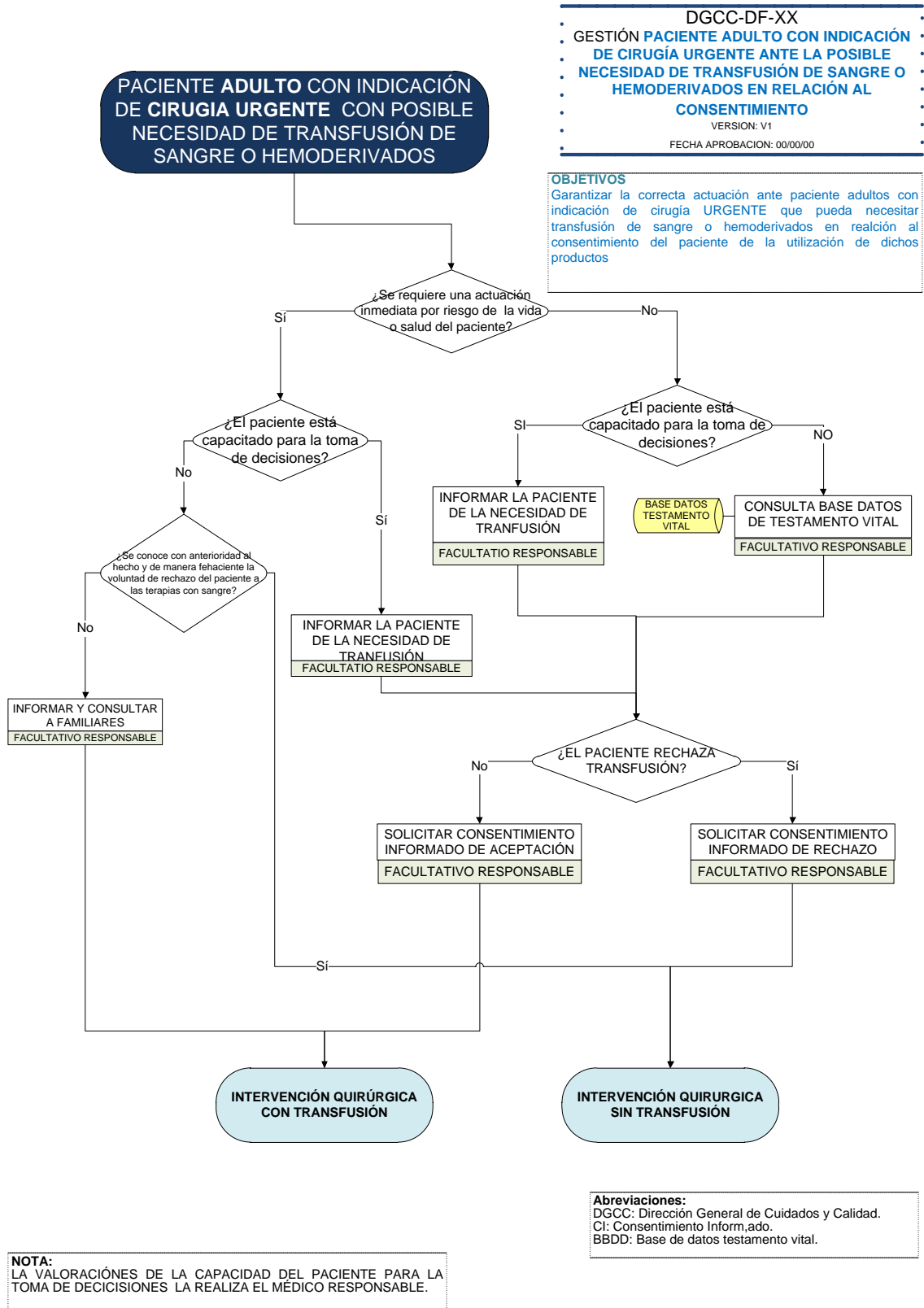


Hb: Hemoglobina
 IRC: Insuficiencia renal crónica
 PCR: Polymerase Chain Reaction
 TSAT: Saturación de transferrina
 ESA: Agentes estimuladores de eritropoyesis

Guía RICA

ANEXO III

Actuaciones con ADULTO ante CIRUGÍA URGENTE

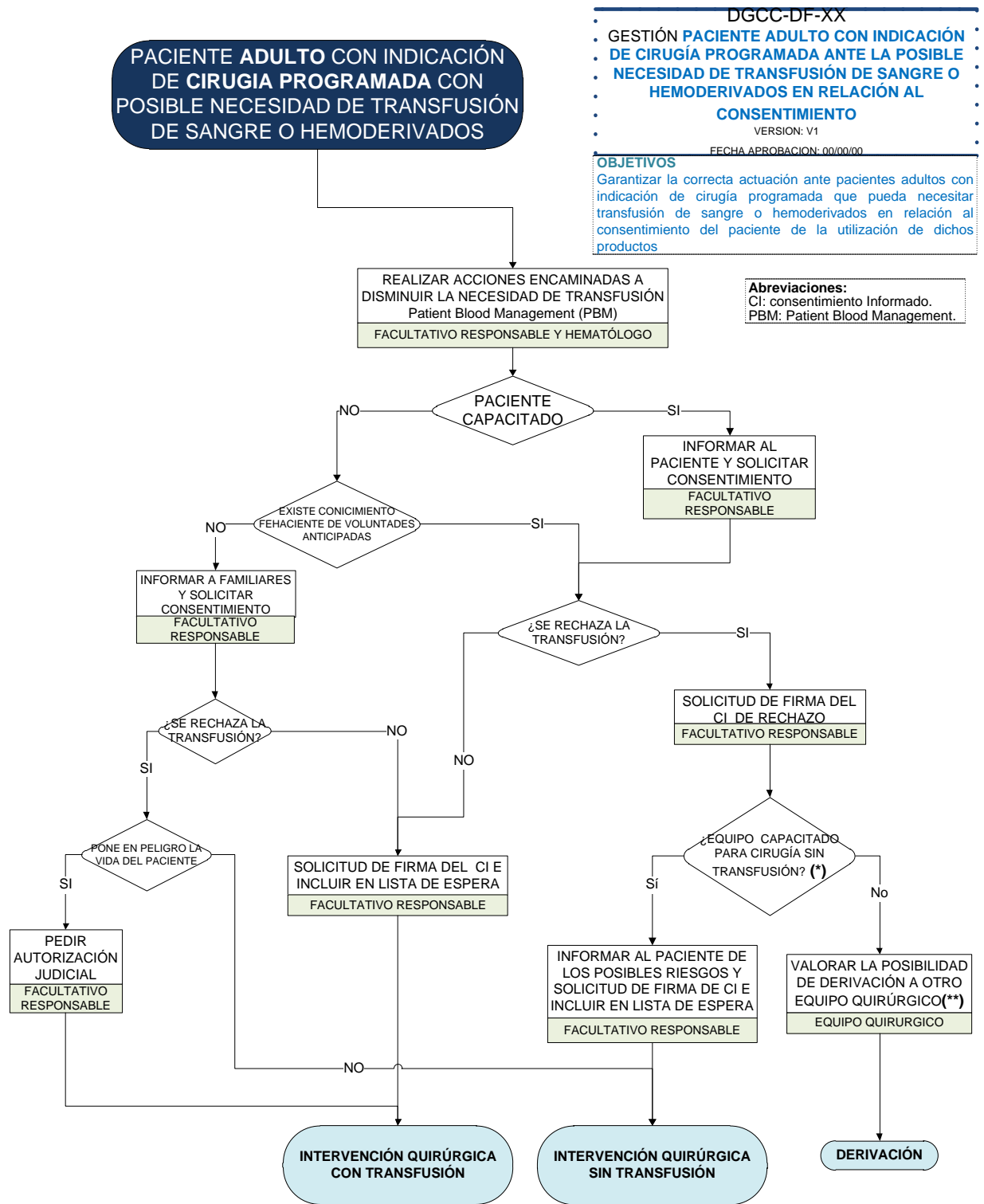


Abreviaciones:
 DGCC: Dirección General de Cuidados y Calidad.
 CI: Consentimiento Informado.
 BBDD: Base de datos testamento vital.

NOTA:
 LA VALORACIONES DE LA CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA LA TOMA DE DECISIONES LA REALIZA EL MÉDICO RESPONSABLE.

ANEXO IV

Actuaciones con ADULTO ante CIRUGÍA PROGRAMADA

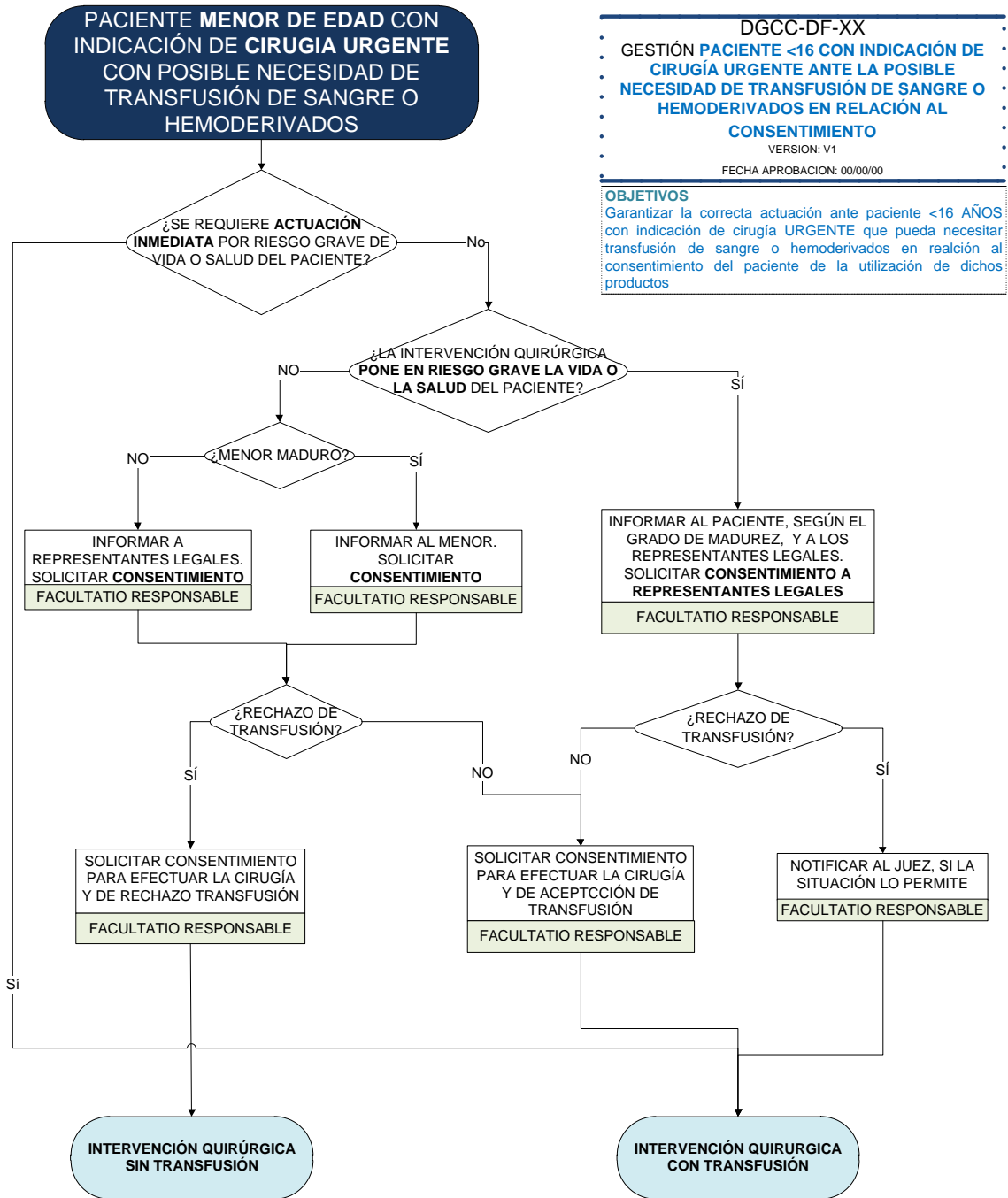


(*): El equipo quirúrgico (cirujanos y anestesistas), en sesión conjunta, valorarán si el equipo está capacitado técnicamente para realizar la intervención sin sangre o hemoderivados

(**): Si el equipo quirúrgico no se considera capacitado para realizar esa intervención, deberá realizar un informe con la justificación de carácter técnico de esa incapacidad. En dicho informe se deberán aportar argumentos científicos que justifiquen la no capacidad del equipo para realizar la cirugía sin sangre y/o hemoderivados. **No cabe la negativa por objeción de conciencia.** Ante la justificación debidamente argumentada de la no capacidad del equipo, el facultativo propondrá derivación a otro centro que tenga un equipo capacitado para realizar la cirugía. La derivación se realizará obligatoriamente a través de los programas establecidos por el SESCOG para realizarla: GOA o SIFCO.

ANEXO V

Actuaciones con MENOR DE EDAD ante CIRUGÍA URGENTE

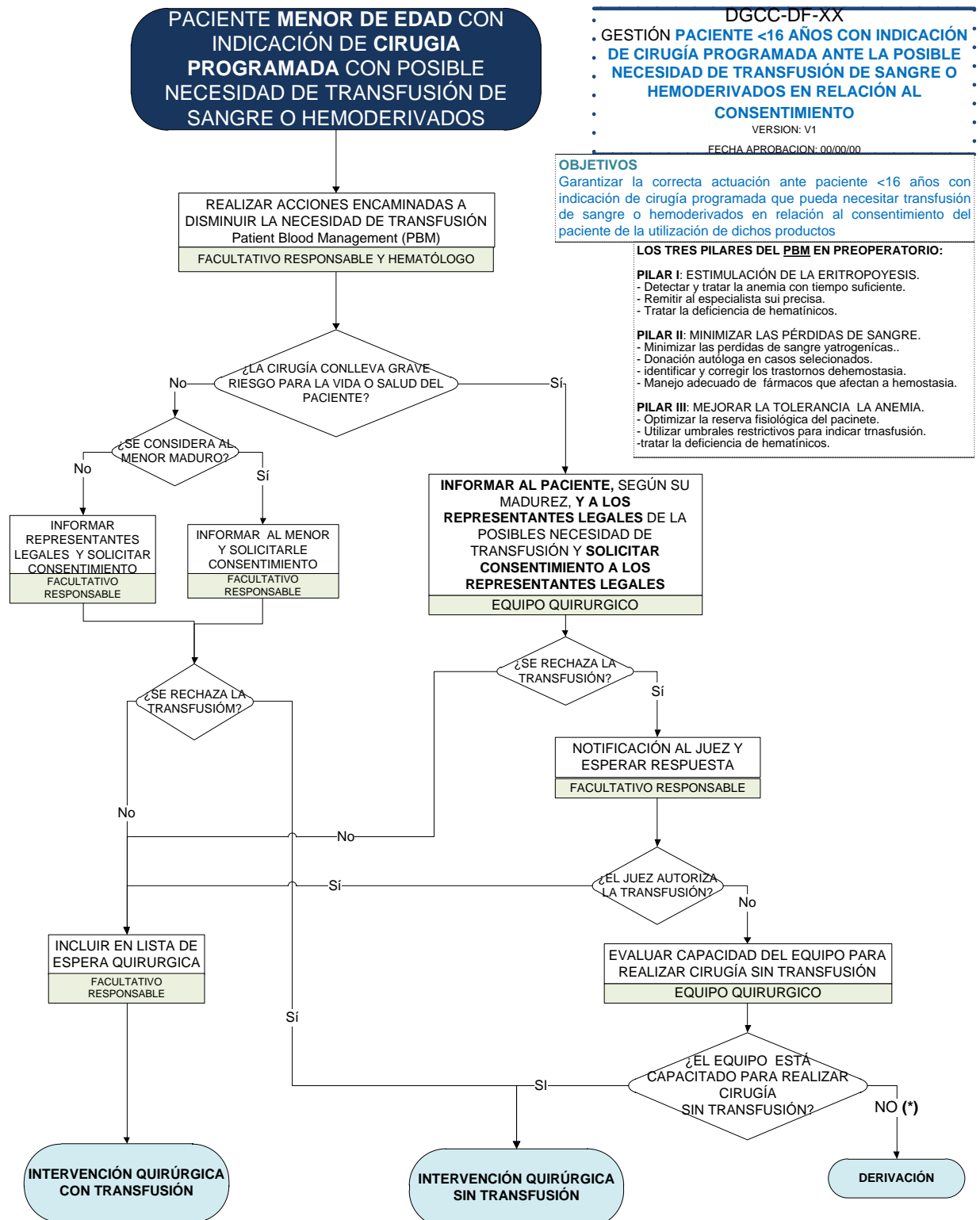


NOTA:
 LA VALORACIONES DE:
 - NECESIDAD INMEDIATA DE ACTUACIÓN EN LA URGENCIA.
 - SI LA INTEVENCIÓN QUIRÚRGICA URGENTE PONE EN RIESGO GRAVE LA SALUD O LA VIDA DEL PACIENTE.
 LAS REALIZA EL MÉDICO RESPONSABLE.

Abreviaciones:
 DGCC: Dirección General de Cuidados y Calidad.
 CI: Consentimiento Inform,ado.
 BBDD: Base de datos testamento vital.

ANEXO VI

Actuaciones con MENOR DE EDAD ante CIRUGÍA PROGRAMADA



Abreviaciones:
DGCC: Dirección General de Cuidados y Calidad.
CI: consentimiento Informado.

(*): Si el equipo quirúrgico no se considera capacitado para realizar esa intervención, deberá realizar un informe con la justificación de carácter técnico de esa incapacidad. En dicho informe se deberán aportar argumentos científicos que justifiquen la no capacidad del equipo para realizar la cirugía sin sangre y/o hemoderivados. **No cabe la negativa por objeción de conciencia.** Ante la justificación debidamente argumentada de la no capacidad del equipo, el facultativo propondrá derivación a otro centro que tenga un equipo capacitado para realizar la cirugía. La derivación se realizará obligatoriamente a través de los programas establecidos por el SESCAM para realizarla: GOA o SIFCO.

ANEXO VII

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN PACIENTES QUE RECHAZAN LA TRANSFUSION DE HEMODERIVADOS

1. relativo al paciente

D/D^a.....DNI.....Mayor de edad. En pleno uso de mis capacidades mentales, libre y voluntariamente manifiesto:

Que estoy ingresado en el hospital.....de.....con el diagnóstico deQue se me ha comunicado por el doctor.....la necesidad de realizar (.....)para tratar de la forma más adecuada mi enfermedad.

Que he sido informado suficientemente del procedimiento que se me va a realizar, explicándome sus riesgos, complicaciones y alternativas; los he comprendido y he tenido el tiempo suficiente para valorar mi decisión. Por tanto estoy satisfecho/a con la información recibida. Por ello, doy mi consentimiento para que se me realice dicho procedimiento, siempre que se lleve a cabo sin transfusión de sangre ni hemoderivados.

Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno, sin que esta decisión repercuta en mis cuidados posteriores. Además, se me ha informado de los riesgos que comporta la realización de dicho procedimiento sin la posibilidad de transfusión de sangre ni hemoderivados, y soy plenamente consciente de que ello podría causarme secuelas graves y permanentes, cognitivas, motoras y sensoriales, e incluso de acarrearle la muerte.

He sido informado de las alternativas a la transfusión de sangre y hemoderivados disponibles en este centro y de sus complicaciones, que asumo.

Mi negativa explícita a recibir sangre o sus derivados es absoluta y no debe de ser invalidada de ninguna manera, por ningún familiar o facultativo.

Tal negativa permanecerá en vigor, incluso cuando me encuentre inconsciente o sea considerado incapaz, salvo que yo expresamente la revoque.

Firma del paciente

Fecha...../...../.....

2. Relativo al médico

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

Firma del médico (servicio

Fecha...../...../.....

Firma del médico (servicio)

Fecha...../...../.....

3. Relativo a los familiares y tutores

El paciente

D/Dña.....no tiene capacidad para decidir en este momento.

D/Dña.....con DNI..... y en calidad dehe sido informado suficientemente del procedimiento que se le va a realizar, de las medidas alternativas a la transfusión sanguínea disponibles en este centro y de sus posibles complicaciones. Por ello, doy expresamente mi consentimiento siempre que se lleve a cabo sin transfusión de sangre ni hemoderivados.

Mi aceptación es voluntaria y puedo retirar este consentimiento cuando lo crea oportuno.

Firma del tutor o familiar

Fecha...../...../.....

ANEXO VIII

FORMULARIO DE SOLICITUD AL JUZGADO DE GUARDIA DE AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO EN CASO DE MENORES 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 comparezco y digo:

Que dicho paciente requiere, a juicio del equipo médico que le atiende, un tratamiento consistente enlo 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, sus representantes legales, que han solicitado el alta voluntaria. La negativa a la práctica de la mencionada transfusión conlleva, 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, o

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

SUPLICO:

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

-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 acabo 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.....