



Dr. Antonio Pérez Ferrer

Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación
Coordinador del Bloque Quirúrgico Hospital Universitario Infanta Sofía
Profesor de Anestesiología, Facultad de Medicina
Universidad Europea de Madrid

Yo, Antonio Pérez Ferrer, Licenciado en Medicina y Cirugía, Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Anestesiología y Reanimación, Master en Derecho Sanitario, Master en Gestión Sanitaria, Máster en Recursos Humanos, Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación, Coordinador del Bloque Quirúrgico del Hospital Infanta Sofía, y Profesor y Coordinador de la asignatura de Anestesiología en la Universidad Europea de Madrid, con ejercicio profesional en Madrid (Nº Col. 48282) realizo el siguiente informe a petición del servicio jurídico de los Testigos Cristianos de Jehová en España con el fin de esclarecer algunos puntos relativos a su negativa a la transfusión de hemocomponentes y el manejo clínico en estos pacientes.

Presentación del autor:

En primer lugar, para justificar la pertinencia de mi opinión, comenzaré con una presentación en la que muestro mi experiencia en el campo del ahorro de sangre, medicina transfusional o el “patient blood management (PBM)” como se lo conoce actualmente, que se remonta a mis inicios como residente de anestesiología y que ha continuado a lo largo de toda mi carrera como médico y anestesiólogo.

Durante mi especialización como residente MIR de Anestesiología en el Hospital Universitario La Paz, me inicié en la cirugía sin sangre, aplicándola desde mis inicios como facultativo especialista de área en el Hospital Infantil de la Paz en 1999 en pacientes pediátricos, tal y como muestran varias publicaciones. En 2003 publiqué el caso de una cirugía torácica para lobectomía pulmonar en un lactante de 2 meses de edad cuyos padres eran testigos de Jehová, respetando sus creencias y la salud del niño¹. En 2005 publiqué en la Revista Española de Anestesiología y Reanimación, el método para poder hacer un parche hemático epidural, como tratamiento de la cefalea postpunción dural en pacientes testigos de Jehová de acuerdo a sus creencias², y en 2006 un artículo de revisión sobre los fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los testigos de Jehová, así como los aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento³, que ha sido la referencia del tratamiento de estos pacientes en nuestro país. En 2009 publiqué junto con los compañeros del Hospital Maternal de La Paz, dos casos de anemia severa, manejados en dicho hospital con éxito, en los que se llegó a unas cifras de hemoglobina inferiores a 4 g/dL⁴ y en 2012 un caso de cirugía cardíaca en una niña de 5 años, hija de testigos de Jehová y que presentaba un déficit de factor VII de la coagulación⁵.

Si se revisan mis publicaciones en el buscador de referencia en medicina, PubMed, se puede comprobar que una gran parte de mi investigación y publicaciones (23 de 47 publicaciones)⁶ versan sobre las alternativas a la transfusión y cinco de ellas sobre la asistencia a los Testigos de Jehová. La mayoría de las 81 publicaciones que aparecen en mi perfil de ORCID (<https://orcid.org/0000-0003-0913-4446>) están dedicadas a estos temas. Muchas de las publicaciones se han realizado en las más prestigiosas revistas internacionales de anestesiología, como el British Journal of Anaesthesiology, actual número 1 en factor de impacto en anestesiología.

Durante estos años he organizado seis cursos de Medicina Transfusional y Ahorro de Sangre en Cirugía en el Hospital La Paz con asistencia nacional y de Hispanoamérica⁷, he sido presidente de la Comisión de Transfusión de dicho hospital durante 4 años. He impartido cerca de 150 ponencias y clases en congresos y cursos sobre medicina transfusional en España e Hispanoamérica, soy coordinador de tres libros de medicina transfusional, incluyendo la primera edición del libro “Medicina Transfusional. Ahorro de Sangre en Cirugía” de Editorial Médica

Panamericana⁸ en 2010 y la segunda edición “Medicina Transfusional. Patient Blood Management” de 2019⁹, y autor de más de 40 capítulos de libro, la mayor parte de ellos relacionados con la medicina transfusional.

Mi tesis doctoral, leída en 2006, versó sobre los métodos de ahorro de sangre en cirugía de escoliosis de pediatría, y el trabajo fin de master de derecho sanitario que he finalizado en 2021 y que presenté como ponencia en el XXVII Congreso Nacional de Derecho Sanitario, tenía como título “Litigiosidad en relación al paciente testigo de Jehová. Aspectos ético-legales”¹⁰.

A continuación, expondré mi opinión sobre algunos de los temas relacionados con la asistencia sin sangre a los testigos de Jehová, basada en mi propia experiencia y en la evidencia científica existente.

El Patient Blood Management (PBM) y su implementación

El PBM constituye un enfoque multidisciplinar y multimodal del manejo perioperatorio de los pacientes para reducir la transfusión de hematíes y aumentar su seguridad. Mediante (pilar 1) detección y manejo de la anemia y el déficit de hierro (pilar 2) la minimización de las pérdidas de sangre y optimización de la coagulación y (pilar 3) optimización de la tolerancia a la anemia, se mejora el curso clínico de los pacientes y se reduce la probabilidad de exposición a los riesgos potenciales de la transfusión. La implementación del PBM en rutina clínica se traduce en una disminución significativa en las tasas transfusionales, un mejor resultado postoperatorio y una menor duración de la estancia, aunque se necesitan estudios adicionales para corroborar estos resultados. La resolución WHA63.12¹¹ y el posterior Foro Global de la OMS sobre el PBM establecieron el marco para las autoridades nacionales de los 194 estados miembros de la OMS para apoyar activamente la difusión y la implementación de PBM. Desde 2010 la OMS urge a los estados miembros a implementar los programas de PBM, consistentes en una serie de medidas (pilares) a adoptar en diferentes periodos del perioperatorio, lo que constituye el objetivo estratégico número 4 de su marco de acción para un avance universal a la seguridad, efectividad y aseguramiento de la calidad de los productos sanguíneos para el periodo de 2020-2023¹². La Comisión europea también ha publicado guías de implementación de PBM para las autoridades y los hospitales^{13,14}. Sin embargo, pese a lo anterior, salvo en Australia occidental e Italia que han legislado su implementación, en el resto, la aplicación sigue siendo en gran medida fragmentaria, lo que genera la variabilidad transfusional ya comentada y también la dificultad que se encuentran en ocasiones los TJ para encontrar un centro donde se puedan realizar las intervenciones con respeto a su creencia.

Resultados de la cirugía en Testigos de Jehová

En realidad, los testigos de Jehová sólo rehusan una parte del tratamiento, la que se refiere a recibir hemocomponentes. Sin embargo, buscan beneficiarse de los más recientes avances de la medicina, incluyendo los procedimientos quirúrgicos mayores.

Un estudio retrospectivo muestra un análisis realizado durante 11 años sobre las 123 cirugías realizadas en TJ en un hospital alemán¹⁵. La conclusión es que, con un manejo óptimo, los TJ pueden someterse a **cirugía mayor** sin un riesgo excesivo de mortalidad (6,6% en TJ) frente a la media europea (4%). Otra conclusión de interés de este estudio es la aceptación por parte de los TJ de la mayor parte de tratamientos alternativos a la transfusión, como fármacos antifibrinolíticos, estimulantes de la eritropoyesis, hemodilución normovolémica aguda (92%), recuperación intraoperatoria de sangre (96%), incluso concentrados de factores de la coagulación procedentes del plasma humano (83%).

Existen largas series de **cirugía cardiaca** en testigos de Jehová (500 pacientes intervenidos en un periodo de 21 años) donde ningún paciente requirió transfusión de hemocomponentes y se lograron resultados similares a los de la cirugía estándar, gracias a la aplicación de diversos

métodos alternativos a la transfusión¹⁶. Otros estudios en cirugía cardíaca en TJ adultos han mostrado una mortalidad a los 90 días de cero¹⁷.

En el recientísimo artículo de Chambault y cols¹⁸, se han encontrado 11 estudios que comparaban los resultados de cirugía cardíaca en TJ y el resto de la población. Ninguno de estos estudios encontró diferencias significativas en mortalidad inmediata, a medio o largo plazo. Tampoco encontraron diferencias significativas en los resultados en cuanto a infarto agudo de miocardio perioperatorio, daño renal o infección.

En **trasplante renal** los datos publicados indican que la cirugía sin transfusión obtiene resultados similares a los protocolos en los que se incluye la transfusión, por lo que resulta ético incluir a los TJ en las listas de trasplante¹⁹.

Los protocolos diseñados para la cirugía sin transfusión sanguínea en los TJ son aplicables al resto de la población, tal y como se ha demostrado en **trasplante hepático**^{20,21}, por lo que la negativa a la transfusión de los TJ resulta de utilidad general.

Las cirugías más complejas, como **todo tipo de trasplantes sólidos** son posibles en los pacientes TJ sin transfusión sanguínea, aunque queda claro que deben hacerse en centros con equipos con experiencia²² y en ocasiones, el rechazo a la transfusión puede ser un factor limitante en la indicación de la cirugía.

El paciente pediátrico

El caso del paciente pediátrico, no supone un problema en sí mismo. Los padres TJ se ven en la obligación moral de rechazar la transfusión sanguínea en el consentimiento informado, pero ello no debe tener más efecto en la conducta del médico que la de intentar por todos los medios disponibles, dar el adecuado tratamiento al niño, evitando si es posible la transfusión sanguínea.

En el caso de los niños, prevalece el derecho a la vida y a la salud del menor frente a la libertad de conciencia u objeción de los padres o tutores. Por tanto, si la probabilidad de necesidad de transfusión es elevada, se obtendrá permiso judicial para la administración de hemoderivados en caso de riesgo vital. En situaciones de urgencia vital e indicación de transfusión se administrarán los hemoderivados, y se informará al juez de guardia, al ministerio fiscal y a los familiares a posteriori.

El caso del menor maduro (>12 años cumplidos), es el que mayor controversia puede suscitar. En la LEY 41/2002 se especifica que su opinión debe ser oída y tenida en cuenta. En su artículo 9 marca los límites al consentimiento informado y consentimiento por representación en relación con los menores, fijando la mayoría de edad sanitaria en los 16 años o menores emancipados. Estos límites han sido modificados recientemente por la disposición final segunda de la Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia²³.

Cuando se trate de menores emancipados o mayores de 16 años no cabe prestar el consentimiento por representación, salvo que el paciente tenga la capacidad modificada judicialmente o no sea capaz intelectualmente ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. *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.

Esta ley, en línea con la Circular 1/2012 de la Fiscalía General del Estado, es más restrictiva para la autonomía del menor (mayor de 16 años) que la 41/2002 de autonomía del paciente y puede

contribuir a judicializar el problema cuando haya discrepancia entre la decisión del menor y su representante legal.

En cualquier caso, el profesional médico es el responsable de comprobar la capacidad legal (edad, existencia de tutor, declaración de incapacidad por parte de un juez, etc.) y de evaluar la competencia o capacidad de hecho del paciente para tomar una decisión tan trascendente y actuar siempre en beneficio del paciente pediátrico.

La asistencia médica y quirúrgica al paciente pediátrico, por tanto, será siempre segura. En mi experiencia personal, tratando pacientes pediátricos durante 20 años, algunos de ellos hijos de TJ, nunca he tenido problema alguno. He permitido a los padres rechazar la transfusión sanguínea en el consentimiento informado, prometiéndoles que iba a hacer todo lo posible para evitarla. La preparación de los pacientes y el trabajo conjunto de los equipos quirúrgicos y anestésicos, me ha permitido alcanzar siempre el objetivo de una cirugía sin sangre, tal y como pedían los padres. Ningún niño ha sufrido ningún daño por la negativa a la transfusión de sus padres y nunca ha sido necesaria la judicialización del proceso.

Conclusión

En la actualidad, la pretensión de los Testigos de Jehová de recibir una asistencia “sin transfusión” ya no supone una excentricidad sino un modelo de asistencia deseable para toda la población. Se cumplen ya dos décadas desde la promulgación de la LEY 41/2002 que consagra el principio de autonomía frente al tradicional de beneficencia, exigiendo el consentimiento informado del paciente para toda intervención médica o de investigación, y que recoge también el derecho del paciente a negarse al tratamiento.

Tanto la anemia como la transfusión de hematíes son predictores independientes de peores resultados clínicos.

Los pacientes tienen el derecho a rechazar las terapias con sangre o hemoderivados (siempre después de una información adecuada), los profesionales sanitarios tienen el deber de respetar dicha decisión y las administraciones públicas la obligación de garantizar su protección adecuada. Debería generalizarse la implantación del PBM según indicaciones de la OMS.

La inmensa mayoría de los casos de cirugía en TJ se resuelve sin necesidad de transfusión, siendo posible la realización de grandes cirugías con una preparación adecuada. Los casos en los que la negativa a la transfusión condicione la vida del paciente son excepcionales y no se dan en el paciente pediátrico.

La asistencia médica sin transfusión satisface tanto las necesidades como los derechos del paciente.



A 29 de diciembre de 2023

Fdo: Dr. Antonio Pérez Ferrer

Bibliografía

- 1 Pérez-Ferrer A, De Vicente J, Gredilla E, García-Vega MI, Bourgeois P, Goldman LJ. Use of erythropoietin for bloodless surgery in a Jehovah's witness infant. *Paediatr Anaesth*. 2003 Sep;13(7):633-6.
- 2 Pérez Ferrer A, Martínez B, Gredilla E, de Vicente J. El parche hemático epidural en el paciente testigo de Jehová. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2005 Jun-Jul;52(6):374-5.
- 3 Pérez Ferrer A, Gredilla E, de Vicente J, García Fernández J, Reinoso Barbero F. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2006 Jan;53(1):31-41.
- 4 Gredilla E, Pérez-Ferrer A, Cansler E, Alonso E, Martínez Serrano B, Gilsanz F. Tratamiento de anemia aguda grave por hemorragia vaginal en la testigo de Jehová: a propósito de dos casos. *Rev Esp Anestesiología Reanimación*. 2009 Dec;56(10):632-4.
- 5 Pérez-Ferrer A, Gredilla E, de Vicente J, Laporta Y. Cardiac surgery without blood products in a Jehovah's Witness child with factor VII deficiency. *J Cardiothorac Vasc Anesth*. 2012 Aug;26(4):651-3.
- 6 Publicaciones del autor indexadas en PubMed.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=perez%20ferrer%20a&page=5> 7
Web del VI Curso de Medicina Transfusional del Hospital La Paz.
<https://eventos.aymon.es/cursomedicinatransfusional2014/?sec=secretaria>
- 8 Pérez Ferrer A, Gilsanz Rodríguez, F. Medicina Transfusional. Ahorro de Sangre en Cirugía. Ed. Médica Panamericana 2010. ISBN: 978-84-9835-323-5
https://books.google.es/books/about/MEDICINA_TRANSFUSIONAL.html?hl=es&id=FjtopNlzcgC&redir_esc=y
- 9 Pérez Ferrer A. Medicina Transfusional. Patient Blood Management. Ed. Médica Panamericana 2019. ISBN: 978-84-91102731
<https://www.medicapanamericana.com/es/libro/medicina-transfusional-incluye-versiondigital>
- 10 Pérez Ferrer A. *Litigiosidad en relación al paciente testigo de Jehová. Aspectos ético-legales*. XXVII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. IV Reunión Iberoamericana. Celebrado en Madrid los días 21 y 22 de octubre de 2021.
- 11 WHO. 6312 - *Sixty-Third World Health Assembly*. 2010.
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha63/a63_r12-en.pdf.
- 12 WHO. Action framework to advance universal access to safe, effective and quality-assured blood products 2020–2023. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000384>
- 13 Hofmann A, Nørgaard A, Kurz J, et al. *Building national programmes of patient blood management (PBM) in the EU - a guide for health authorities*. 2017.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/2017_eupbm_auth_ortities_en.pdf.
- 14 Gombotz HH, Nørgaard AA, Kurt J. *European Commission Supporting patient blood management (PBM) in the EU - a practical implementation guide for hospitals*. 2017.
https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/2017_eupbm_hos_pitals_en.pdf.
- 15 Habler O, Thörner M, Schmidt C, et al. Mortality after high-risk surgery in Jehovah's Witness patients. *Anaesthesist*. 2019 Jul;68(7):444-455
- 16 Vaislic CD, Dalibon N, Ponzio O, et al. Outcomes in cardiac surgery in 500 consecutive Jehovah's Witness patients: 21 year experience. *J Cardiothorac Surg*. 2012 Sep 27;7:95
- 17 McCartney S, Guinn N, Roberson R, et al. Jehovah's Witnesses and cardiac surgery: a single institution's experience. *Transfusion*. 2014 Oct;54(10 Pt 2):2745-52.
- 18 Chambault AL, Brown LJ, Mellor S, Harky A. Outcomes of cardiac surgery in Jehovah's Witness patients: A review. *Perfusion*. 2021;36(7):661-671.
- 19 Cummins PJ, Nicoli F. Justice and Respect for Autonomy: Jehovah's Witnesses and Kidney Transplant. *J Clin Ethics*. 2018;29(4):305-312
- 20 Jabbour N, Gagandeep S, Mateo R, et al. Live donor liver transplantation without blood products: strategies developed for Jehovah's Witnesses offer broad application. *Ann Surg*. 2004 Aug;240(2):350-7.
- 21 Sheth M, Kulkarni S, Dhanireddy K, et al. Blood Conservation Strategies and Liver Transplantation Transfusion-Free Techniques Derived from Jehovah's Witness Surgical Cohorts. *Mo Med*. 2015 Sep-Oct;112(5):389-92
- 22 Figueiredo RS, Thakkar RG, Ainley PR, Wilson CH. Review of abdominal solid organ transplantation in Jehovah's Witness patients. *World J Transplant*. 2019 Sep 26;9(5):94102.
- 23 Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia. BOE 180/2015 de 29 de julio. Referencia 15/8470. EDL 2015/64544