

ENFRENTAMIENTO MÉDICO LEGAL DEL PACIENTE TESTIGO DE JEHOVÁ

LEGAL ISSUES ASSOCIATED WITH JEHOVA'S WITNESSES MEDICAL TREATMENT

DR. MARCO GUERRERO G. (1)

1. DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA. CLÍNICA LAS CONDES.

Email: aguerrero@clinicalascondes.cl

RESUMEN

El enfrentamiento de pacientes que rechazan la transfusión de hemoderivados, principalmente por motivos religiosos, continúa siendo un problema no resuelto. En el análisis de este conflicto convergen los conceptos de la bioética, destacando el respeto por la autonomía del paciente por un lado y la beneficencia, al cual estamos acostumbrados los médicos, por otro, lo que lleva a la enfrentamiento natural que se produce al tratar de prevalecer un concepto sobre el otro.

El consentimiento informado constituye un elemento fundamental en el enfoque adecuado de este tema, pues nos permite desarrollar una mejor medicina en nuestras instituciones, manteniendo el respeto por el deseo del paciente.

Existen numerosos ejemplos a nivel nacional e internacional, que sientan jurisprudencia en el caso de los pacientes Testigos de Jehová, los cuales debemos considerar, ya que la tendencia de los tribunales es respetar la voluntad de los pacientes más aun tratándose de decisiones autónomas y que no afectan al resto de la sociedad.

El desarrollo institucional de programas terapéuticos, particularmente en la esfera quirúrgica, sin transfusión de hemoderivados, es una buena línea de desarrollo hacia una mejor calidad de Medicina Transfusional, respetando la autonomía de los pacientes

Palabras clave: Transfusión hemoderivados, Testigos de Jehová, bioética.

SUMMARY

Transfusion refusal of hemocomponents and/or hemoderivatives has become increasingly an important challenge in clinical settings, difficult to deal with.

This procedure involves several bioethical and moral conflicts. Among them, the patient's wish not to be transfused, the right to self-determination, the risk of a fatal outcome and, on the other hand, medical concerns, legal issues involved, the good clinical practice and the duty to attempt a cure. These considerations are not always easy to solve.

Issues such as the latter one explain why Informed Consent (IC) is a crucial tool that allows a rational use of transfusional therapies and a better implementation of "blood-saving" techniques.

Many clinical cases (mainly Jehovah's witnesses patients) have set the basis of international jurisprudence. The current tendency is to respect the patient's will, especially adults that have been fully advised of the consequences of not receiving transfusional therapy.

Key words: Transfusion hemocomponents, jehova's witnesses, bioethics.

INTRODUCCIÓN

La población de Testigos de Jehová en Chile, asciende aproximadamente a 100.000 personas (1) y en el mundo unos 7 millones de personas profesan esta religión.

Son Cristianos y son conocidos fundamentalmente por rechazar las transfusiones de sangre y derivados, basado en distintos pasajes bíblicos entre los que destacan.

Génesis 9:4

“Pero carne con su vida, que es su sangre, no comeréis”.

Que cosas te hacen decir Señor, que cosas, aquellos que se dieron poder a sí mismos para matar y alimentarse de cualquier clase de animal te hacen que digas que no debemos alimentarnos con su sangre”.

“Nadie de entre vosotros... comerá sangre” (Levítico 17.12) porque la vida de toda carne es la sangre; quien la comiera será exterminado” (Levítico 17:14).

Lejos de sus objetivos espirituales, se destacan en la sociedad por su objeción al acto médico de la transfusión de hemoderivados, fundamentalmente Glóbulos Rojos, Plasma, Plaquetas, (2) la cual constituye para ellos el no acatar la voluntad de Dios y por lo tanto perder la esperanza de la resurrección (3-4).

Los avances tecnológicos han permitido un mayor desarrollo de la Medicina Transfusional, durante las últimas décadas (5), tanto en la variedad y calidad de los productos farmacéuticos, como en la formación de los profesionales expertos en esta área (6, 7). No obstante, la seguridad de la terapia transfusional dista mucho de lo esperado por los equipos de salud, ya que existen complicaciones graves que aunque poco frecuentes, pueden causar morbilidad e incluso la muerte de los pacientes (8, 9, 10, 11).

Reconocido es el aporte que ha significado el manejo de los pacientes Testigos de Jehová a la comunidad científica, tanto para afinar criterios de indicaciones de transfusión, como para aumentar el conocimiento de todas las alternativas que permitan evitar el uso de hemoderivados. Sin duda, esto ha permitido optimizar considerablemente la terapia transfusional. En la actualidad, estos pacientes han sido sometidos a todo tipo de cirugías, incluyendo cirugía cardíaca con circulación extracorpórea, trauma y trasplantes (renal, hepático y cardíaco) sin utilización de hemoderivados y con buenos resultados (12).

Sin embargo, un tema de permanente debate entre los profesionales de la salud ha sido el enfrentamiento exitoso de un paciente que rechaza las transfusiones y las consecuencias legales que conlleva la decisión de transfundir o no a un paciente de estas características. Más aún porque esta terapia en particular se administra en situaciones de urgencia, lo cual le asigna mayor dramatismo a la decisión (13).

Concomitantemente, la bioética ha generado amplias discusiones en cuanto al respeto de la autonomía de los pacientes y los médicos, como en el desarrollo de instrumentos que permitan una adecuada relación médico paciente, para evitar o atenuar los conflictos legales derivados de las acciones médicas como también respetar la dignidad de los enfermos (4).

AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Comenzando la Declaración Universal de los Derechos del Hombre publicada en diciembre de 1948, establece que “Todas las personas tienen derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y religión”. Los pacientes en un estado de derecho, con libertad, pueden ejercer su derecho a decidir sobre su destino siempre que su decisión no afecte al resto de los miembros de la sociedad (14).

La Bioética considera cuatro principios, **la autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia**, entre todos, probablemente el desarrollo de cada uno de estos conceptos, nos lleva inevitablemente a lesionar los otros, sin embargo, probablemente la autonomía tiene más jerarquía frente a otros principios morales (4, 15).

Este concepto rompe con la tradicional relación Médico – Paciente, de corte paternalista, en la cual, los únicos llamados a decidir conductas éramos los médicos.

Más aún, en países en vías de desarrollo como el nuestro, se considera que en algunos pacientes, su nivel educacional les impide decidir sobre temas de salud, aunque se trate de su propia salud.

El acto médico implica acciones que no garantiza resultados, y peor aún, en muchas circunstancias, sobre todo las intervenciones quirúrgicas, conllevan complicaciones de diversa magnitud.

Por lo expuesto, se entiende por qué hoy estamos obligados a obtener el consentimiento de los pacientes frente a una intervención terapéutica, más aun cuando nuestro enfermo está en condiciones de decidir y si su decisión no afecta a la sociedad, lo cual rompe con el paradigma de la relación Médico -Paciente de corte paternalista bajo los conceptos unilaterales de la beneficencia y la no maleficencia.

Hasta aquí, hemos considerado los derechos y autonomía de los pacientes, pero no hacemos mención al médico que prescribe una terapia, cuyo fin es salvar la vida de su paciente (16).

Los médicos fuimos formados para enfrentar las enfermedades de nuestros pacientes, y desde Aristóteles, “Por lo demás, no deliberamos en general sobre el fin que nos proponemos, sino más bien sobre los medios que deben conducirnos a él. Así el médico no delibera para saber si debe curar a sus enfermos”, que no tenemos dudas respecto a cuáles son las conductas a seguir.

En el caso particular de las transfusiones de hemoderivados, se trata de terapias relativamente baratas y disponibles en casi todos los hospitales y abstenerse de su utilización genera en el médico una sensación de indefensión frente a su paciente, lo que lo dirige hacia una actitud activa en pos de su objetivo aunque éste lesione la dignidad del enfermo, o bien **abstenerse de tratarlos** cuando la situación no es una emergencia, generando el conflicto aun no resuelto con los pacientes testigos de Jehová tanto en su relación

directa con el médico tratante, como con las instituciones que los cobijan.

En este sentido, una adecuada comunicación con el paciente y sus familiares, además de la firma de documentos específicos (Consentimiento Informado para la Transfusión), permite allanar el debate e incorporar al paciente y su familia en lo complejo de esta decisión.

El problema surge cuando el paciente no ha podido manifestar su decisión por escrito y sus representantes solicitan no tratar con hemoderivados, lo cual es crítico en el caso de los niños que no están en posición de decidir (17).

TERAPIA TRANSFUSIONAL Y COMPLICACIONES

Hacemos un paréntesis para introducir un tema que no puede estar ausente en este análisis.

Hemos mencionado los avances en la Medicina Transfusional, pero cabe preguntar:

¿Todos los médicos están realmente capacitados para desarrollar una adecuada Terapia Transfusional?, ¿Están todas las instituciones suficientemente equipadas con recursos físicos y humanos para una adecuada Medicina Transfusional?

No es fácil dar una respuesta adecuada dada la heterogeneidad de realidades incluso dentro de un mismo país.

Un informe del Minsal del año 2007 (28), muestra que la mitad de las transfusiones en Chile, de acuerdo a las recomendaciones ministeriales, no cumplen con estos criterios, lo cual no implica que todas estas transfusiones fueran mal indicadas, pero la cifra es elocuente.

Cabe destacar que en lo relativo a la indicación de glóbulos rojos, casi todas las recomendaciones publicadas citan como límite inferior una tasa de hemoglobina plasmática de 7 grs. Sin embargo, publicaciones de casos clínicos y algunos experimentales, muestran que el transporte de oxígeno se altera cuando la hemoglobina plasmática alcanza los 5 grs (30-32). Lo cual nos permite concluir que existe un margen importante en el que necesariamente deben intervenir médicos expertos en esta área para la toma de decisiones en pacientes que rechazan estas terapias.

Respecto a las complicaciones transfusionales, existe la tendencia entre los médicos a considerar estas complicaciones basados en cifras de países desarrollados cuyas realidades son radicalmente distintas, en particular en este ámbito, dada la enorme diferencia en las políticas sanitarias, particularmente las relativas a los donantes voluntarios, políticas que en nuestro país recién se están implementando de manera adecuada a través de una comisión Ministerial recientemente constituida.

En relación a las complicaciones, tampoco tenemos clara la realidad de nuestro país, como ejemplo podemos decir que la prevalencia de HIV en la población de donantes de sangre, es igual a la de la población general, lo que nos dice que mientras no tengamos donantes de sangre altruistas y no de reposición no estaremos en condiciones de mejorar en el riesgo de transmisión de enfermedades a través de la transfusión.

Sabemos que los pacientes que rechazan las transfusiones han presionado a la comunidad médica a implementar terapias destinadas a evitar las transfusiones, pero no hay homogeneidad en cuanto a su implementación. Solo habría que preguntar en cuántos servicios de urgencia y pabellones quirúrgicos, que atienden pacientes gravemente lesionados o con altísimo riesgo de sangrado, cuentan con sistemas recuperadores de glóbulos rojos (Cell Saver) para racionalizar las transfusiones.

Por esta razón, debemos ser muy cuidadosos en el desarrollo de protocolos y recomendaciones que nos ayuden a realizar una buena práctica de la Medicina Transfusional en los distintos centros, junto al desarrollo de profesionales expertos en esta área y los equipos adecuados, que nos permitirá enfrentar de mejor manera a aquellos pacientes que por distintas razones rechacen las transfusiones.

Finalmente, es importante mencionar que los pacientes testigos de Jehová aceptan algunas técnicas de ahorro de sangre, particularmente los recuperadores de sangre intraoperatorio (Cell Saver), sistemas de hemodilución aguda intraoperatoria que mantengan el circuito en línea sin desconectarlo del paciente (23-25) y los dispositivos de recuperación de los drenajes de la herida operatoria, cuya utilidad ha sido demostrada (26, 27).

JURISPRUDENCIA INTERNACIONAL Y NACIONAL

Existen varios casos relacionados con la intervención legal para su resolución, tanto a nivel Internacional como Nacional.

Algunos de ellos son muy ilustrativos en relación a las tendencias relacionadas con el abordaje de este tema.

Caso Brooks (3): Debido a una hemorragia digestiva por una úlcera péptica, una paciente Testigo de Jehová requirió tratamiento médico. Repetidas veces advirtió al médico de su negativa frente a la transfusión y firmó un documento de exoneración. El médico, sin notificarle a ella ni a su familia, solicitó una orden para administrar sangre. La paciente fue transfundida sin su consentimiento. Ella recusó la falta de notificación y el Tribunal Supremo de Illinois, basándose en el libre ejercicio de la religión, derecho que da la Primera enmienda, sostuvo lo siguiente:

“La Primera Enmienda de la Constitución de los Estados Unidos protege el absoluto derecho de cada individuo a la libertad de su creencia

religiosa y el ejercicio de la misma, sujeto solamente a la calificación de que el ejercicio de la misma esté apropiadamente limitado por acción gubernamental cuando ese ejercicio ponga en peligro, clara y actualmente, la salud, el bienestar o la moral pública”.

Esta fue la primera decisión de un tribunal de apelación en los Estados Unidos que sostuvo el derecho de un paciente, quien era Testigo de Jehová, a rehusar transfusiones de sangre no deseada. Y, proporcionó apoyo adicional sustancial al derecho de la autodeterminación corporal y a la protección de la libertad.

In re Fetus Brown (Corte de Apelaciones de Illinois 1997): (3) Esta fue la primera decisión de una corte de apelaciones en Estados Unidos que examinó a fondo el rechazo a transfusiones de sangre por parte de una mujer embarazada. La Sra. Brown estaba en su semana 34 de embarazo cuando fue sometida a cirugía para extraer un quiste. La cirugía no resultó como se esperaba y su hemoglobina post-operatoria cayó a 3,4 g/dl.

El tribunal nombró un administrador del hospital como guardián temporal del feto de la Sra. Brown con autoridad para permitir transfusiones de sangre. En una decisión de 3-0, la Corte de Apelaciones de Illinois revocó la orden del tribunal que autorizaba transfundir la Sra. Brown. La corte dictaminó que “El Estado no podrá anular la decisión competente sobre tratamiento de una mujer embarazada, incluyendo el rechazo a procedimientos médicos invasivos recomendados, con el fin de salvar potencialmente la vida del feto orgánico. Nosotros... hallamos que una transfusión de sangre es un procedimiento médico invasivo que interrumpe la integridad física de un adulto competente”. Esta fue una decisión histórica que solidificó el derecho de una mujer embarazada a rechazar transfusiones de sangre.

Caso Malette vs. Shulman (17): A consecuencia de un accidente automovilístico una paciente Testigo de Jehová sufrió graves heridas. En la sala de emergencias del hospital se encontró la Directriz Médica, firmada por ella. El médico de turno deliberadamente escogió ignorar la tarjeta y administró transfusiones de sangre, aunque la hija adulta objetó enérgicamente las transfusiones administradas a su madre, el médico no se retractó de hacerla.

Cuando la paciente se recuperó, demandó al médico por agresión al administrar la sangre sin su consentimiento.

La Corte falló en favor de la paciente a quien le otorgaron \$20.000 (Dólares Canadienses) por daños ocasionados.

Posteriormente, el médico apeló. Mencionó que obró en armonía con el interés de la sociedad en la preservación de la vida. El tribunal de apelaciones de Ontario rechazó sus argumentos y reconfirmó la fuerte tradición de la ley jurisprudencial de respeto por el derecho de decidir sobre el propio cuerpo y dijo: “Un adulto competente generalmente tiene el derecho de rechazar un tratamiento específico o cualquier tratamiento,

o de seleccionar una forma alternativa de tratamiento, aun si la decisión pudiera acarrear consigo riesgos tan serios como la muerte o pudiera parecer equivocada ante los ojos de la profesión médica o de la comunidad. Independientemente de la opinión del médico, es el paciente quien tiene la palabra final en cuanto a someterse al tratamiento”.

Además de la reconfirmación del derecho del paciente a decidir sobre su propio cuerpo y en el caso de una emergencia, el tribunal de apelaciones destacó que la Directriz Médica o Voluntad Anticipada (Testamento Vital o Living Will) son un medio de comunicar los deseos de los pacientes en una emergencia cuando el paciente no pueda hablar.

El famoso caso Bahamondez en Argentina estableció (18): “que la negativa del paciente a ser transfundido supone el ejercicio del señorío sobre su propio cuerpo y en consecuencia, de un bien reconocido como de su pertenencia”.

Es importante destacar que en este caso el paciente ingresó al hospital con una hemorragia digestiva y ante la negativa del paciente a ser transfundido, el hospital puso un recurso ante los tribunales, el cual no fue acogido, recuperándose el paciente sin recibir transfusiones.

En Uruguay el año 1997 (19), respecto a un paciente de 73 años que se negó reiteradamente a ser transfundido, la corte menciona que: “El respeto de las convicciones religiosas o ideales que no implican comportamientos lesivos de los derechos de los demás ciudadanos o del orden público sería una exigencia jurídica estricta de la dignidad de la persona...”

Respecto a Chile, cada día más se están considerando los mismos conceptos.

En 1996 (20), la autonomía fue privilegiada como un derecho fundamental al rechazar el recurso de Protección rol N° 805-96 en la Corte de Apelaciones de Santiago.

Con este recurso el Hospital San José pretendió transfundir a un paciente contra su voluntad, aludiendo a que la vida era el bien superior. El fallo estableció de manera sucinta pero profunda que “Se rechaza el recurso y deniega la transfusión sanguínea sobre la base de que nadie puede ser forzado a defender su propio derecho”.

A comienzos de 2001 la Corte de Apelaciones de Valparaíso (21), sobreseyó completamente a un médico y la esposa de un paciente. Ambos habían respetado la voluntad del enfermo en cuanto a su deseo de no recibir transfusiones.

El paciente, quien no era Testigo de Jehová, presentó una hemorragia digestiva alta y se negó a la transfusión de sangre.

El médico y la esposa del paciente -quien sí era Testigo de Jehová- respetaron la voluntad expresada.

Debido a una imposibilidad de mejorar la hemodinamia, el paciente falleció.

Los familiares se querellaron contra el médico y la esposa del paciente.

Dos años más tarde la corte absolvió completamente a aquellos que respetaron la voluntad del paciente, el Consentimiento Informado, la autonomía y la dignidad. Afortunadamente, la enfermera había escrito en la ficha clínica que el paciente no había consentido la transfusión sanguínea.

Uno de los jueces estuvo por declarar que los hechos investigados no eran constitutivos de delito.

Así, se establece una vez más que el único titular de la voluntad es el paciente y aún en estado de inconciencia (3).

En el caso de menores aun existe la tendencia a proteger la vida por parte del Estado y en general los fallos son proclives a autorizar las transfusiones.

Es importante destacar que desde algunos años el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (22, 14) desarrolla un programa de gran cirugía sin transfusión de sangre, cuyos resultados indican que la mortalidad no es distinta que aquella observada en pacientes que aceptan las transfusiones, de lo cual podemos concluir que el paciente que fallece solo por falta de hemoderivados es poco frecuente en la práctica cotidiana.

DISCUSIÓN

En la práctica médica actual, numerosos problemas tienen relación con un distanciamiento del vínculo entre médicos y pacientes.

Entre ellos las instituciones también han perdido la capacidad de constituirse como un adecuado nexo que permita que los enfermos, pacientes y no clientes, se sientan acogidos, considerados en sus necesidades, con respeto de sus derechos y libertades.

El caso particular de los pacientes Testigos de Jehová, constituye un buen ejemplo de esta situación, en que gracias al desarrollo de los conceptos de la Bioética a través de herramientas fundamentales en este desarrollo, como la firma de documentos (Consentimiento Informado), que como su nombre indica, debe constituirse como un compromiso de los profesionales y los pacientes a informar adecuadamente y explicitar los deseos, necesidades y expectativas frente a las distintas alternativas terapéuticas.

La transfusión de Hemoderivados, como toda terapia, no está exenta de riesgos, algunos de ellos probablemente aún desconocidos para nosotros. Por esta razón su utilización debe realizarse por profesionales formados en esta área y las instituciones deben proveer los recur-

sos adecuados para desarrollo de recomendaciones y directrices junto a los medios económicos de equipamiento, que permita a los clínicos ofrecer a todos los pacientes una adecuada Medicina Transfusional.

La decisión de desarrollar programas de cirugía sin transfusión de hemoderivados, permite ese desarrollo, aumentando la confianza de los pacientes, lo cual contribuye a evitar la confrontación legal siempre ingrata e intolerable para el equipo de salud como costosa y a veces indigna para los pacientes y la sociedad.

Un adecuado enfoque de estos casos creo nos permitirá ser maduros como sistema sanitario.

Finalmente transcribo a modo de proposición práctica, el texto de recomendaciones realizadas por un grupo de expertos en bioética (Grupo de opinión del Observatori de bioètica i dret parc científic Barcelona 2005) (29).

1. Las autoridades sanitarias competentes, en cumplimiento de las disposiciones legislativas ya establecidas, están obligadas a garantizar a los cristianos Testigos de Jehová el ejercicio de sus derechos. A tal fin, deberán arbitrarse las oportunas medidas que aseguren a los miembros de esta confesión que serán tratados como personas autónomas, respetándose sus decisiones sanitarias aun cuando comporten riesgos ciertos para la vida.

2. Las administraciones sanitarias correspondientes deberán asumir la elaboración de pautas de actuación al respecto, las cuales deberán ser vinculantes para todos los centros sanitarios. Las autoridades sanitarias y los representantes de la comunidad de Testigos de Jehová deberán concretar su consenso en un instrumento que sirva de marco para futuros protocolos que aseguren el respeto a la voluntad de los miembros de esta confesión y, a la vez, ofrezcan a los profesionales sanitarios un marco de seguridad para el ejercicio de su actividad.

3. Es preciso garantizar que en cada centro asistencial exista un protocolo de acogida, específico para estos pacientes, que contemple las diversas alternativas técnicas de tratamiento de que puede disponer el centro en función de la enfermedad de cada paciente y de los procedimientos terapéuticos previstos, así como los aspectos éticos y jurídicos implicados en la cuestión y el nivel de compromiso al que se puede llegar. Asimismo, deberá elaborarse un modelo específico de consentimiento informado que contemple las diversas alternativas de tratamiento posibles.

4. El rechazo al tratamiento deberá constar por escrito, como exige la ley, y la firma del consentimiento informado deberá realizarse de manera que garantice tanto la completa comprensión del paciente de los riesgos que el rechazo de la transfusión comporte, como la autonomía de la decisión de la persona sin coacciones externas de ningún tipo.

5. Como la ley prevé con carácter general para 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 y hemoderivados deben otorgar un documento de voluntades anticipadas o instrucciones previas siguiendo los requisitos legales previstos. En las situaciones de urgencia vital y de imposibilidad del paciente para manifestar su voluntad, no serán vinculantes para los médicos las manifestaciones verbales de la familia o allegados si no van acompañadas del citado documento.

6. No se aceptará el consentimiento por sustitución en el caso de menores de edad cuando el rechazo del tratamiento médico unánimemente indicado suponga riesgo grave para la salud o la vida del

menor. Estas situaciones, cuando se produzcan, deberán ponerse en conocimiento de la autoridad competente.

7. En el desarrollo de las políticas públicas destinadas a procurar medidas de tratamiento alternativas a las indicadas, las autoridades sanitarias deberán hacer una ponderación entre los principios de justicia, solidaridad e igualdad, y la autonomía individual de quien rechaza un tratamiento estándar e indicado a la vez que solicita otro, puesto que estas intervenciones extraordinarias pudieran generar un incremento del gasto público que, en un contexto de limitación presupuestaria, podrían afectar a otras prestaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Servicios de información hospitalaria Testigos de Jehová.
2. Neff TA, Stocker R, Wight E, Spahn DR. Extreme intraoperative blood loss and hemodilution in a Jehovah's Witness: new aspects in postoperative management. *Anesthesiology* 1999;91(6):1949-51.
3. Retamales A. autonomía del paciente: Los Testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión. *Rev. Ch. Obstet y Ginecol* 2006;71(4):280-87.
4. Besio M., Besio F. Testigos de Jehová y Transfusión sanguínea. Reflexión desde una ética natural. *Rev. Ch. Obstet y Ginecol* 2006;71(4):274-79.
5. Wass T., Long T. Changes in red blood cell transfusion practice Turing the past two decades *Transfusion* Vol. 47 June 2007; 1022-27.
6. Strauss R. Transfusion medicine education in medical school: Orly the first of successive stops to improving patient care. *Transfusion* Vol. 50, August 2010: 1632-35.
7. Adamson J. New Blood, Old Blood, or No Blood? *N engl j med* 358;12 march 20, 2008: 1295- 96.
8. Woodnough Anemia, Transfusion, and mortality_ L. *N Engl J Med*, Vol. 345, No. 17. October 25, 2001:1272-74. _2739 1632..1635
9. Taylor RW, O'Brien J, Trottier J, et al.: Red blood cell transfusions and nosocomial infections in critically ill patients. *Crit Care Med* 2006; 34:2302-8.
10. Sheppard CA, Logdberg LE, Zimring JC, Hillyer CD. Transfusion-related Acute Lung Injury. *Hematol Oncol Clin North Am* 2007;21:163-176.
11. Stramer SL. Current risks of transfusion-transmitted agents: a review. *Arch Pathol Lab Med* 2007; 131: 702-707.
12. Snook NJ, O'Beime HA, Enright S, et al. Use of recombinant human erythropoietin to facilitate liver transplantation in a Jehovah's Witness. *Br J Anaesth* 1996;76(5):740-3.
13. Cotheren C, Moore EE, Offner PJ, et al. Blood Substitute and Erythropoietin Therapy in a Severely Injured Jehovah's Witness. *N Engl J Med* 2002; 346(14):1097-8.
14. Retamales A. Cardemil G. beneficios del ejercicio de la autonomía y consentimiento informado: Ejemplo de los Testigos de Jehová. *Rev Med Chile* 2009;137:1388-94.
15. Kottow M. Complejidades del concepto de autonomía. *Medwave*. Diciembre 2001.
16. Comité de Etica Colegio Médico de Chile (Consejo Regional Valparaíso) Boletín Enero. Marzo 2002.
17. Malette vs. Shulman, 72 O.R. 2d 417 (Ont. Ct. App.1990).
18. Bidart G. Jurisprudencia. Libertad de conciencia. *El Derecho*. Universidad Católica Argentina. 4 de agosto de 1993, No. 8300.
19. Alberico Carrasco vs. Sanatorio Larghero. Juzgado de Primera Instancia en lo Penal. Montevideo, 5 de Marzo de 1997. Jorge Cazorla vs. Hospital San José - Servicio de Salud Metropolitano Norte, Marzo 1996. Se rechaza el recurso y deniega la transfusión sanguínea sobre la base de que "nadie puede ser forzado a defender su propio derecho". Corte de Apelaciones de Santiago Rol 805-96.
20. Jorge Cazorla vs. Hospital San José - Servicio de Salud Metropolitano Norte, Marzo 1996. Se rechaza el recurso y deniega la transfusión sanguínea sobre la base de que "nadie puede ser forzado a defender su propio derecho". Corte de Apelaciones de Santiago Rol 805-96.
21. Herederos de O. Redondo T. Juzgado del Crimen de Quillota. Rol. 44.941-3. Iniciado el 2 de junio de 1999 y sobreesido definitivamente el 14 de enero de 2002.
22. Streithorst S. Rol del coordinador en los programas de medicina y cirugía sin transfusión de sangre. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000;11(4):370-3.
23. Shander A, Perelman S. Acute normovolemic hemodilution and cell salvage as symbiotic strategies to avoid allogeneic transfusions in aortic surgery [abstract]. *Br J Anaesth* 1999;82(1 Suppl):81.
24. Rivera J. Equipos mecánicos en ahorro de sangre Experiencia en Chile. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile* 2000;11(4):291-305.

- 25.** Zamudio I. Manejo pre, intra y postoperatorio en la cirugía mayor sin transfusión sanguínea. *Rev Chil Cir* 2000;52(5):446-52.
- 26.** Guerrero M, Riou B, Arock M, Ramos M, Guillosson JJ, Roy-Camille R, Viars P. Effects of postoperative autotransfusion in prosthetic surgery of the hip with the ConstaVac device]. *Ann Fr Anesth Reanim.* 1993;12(1):11-6.
- 27.** Riou B, Arock M, Guerrero M, Haematological effects of postoperative autotransfusion in spinal surgery. *Acta anesthesiol scand.* 1994 May 38;(4): 336-41.
- 28.** Informe de los Servicios de sangre y Medicina Transfusional Minsal 2007.
- 29.** Documento sobre el rechazo de transfusiones por parte de los Testigos de Jehová. Elaborado por el grupo del Observatori de Bioètica i dret Parc científic de Barcelona 2005.
- 30.** Carson J, Noveck H. Mortality and morbidity in patients with very low postoperative hb levels who declines blood transfusions. *Transfusion* (42) July 2002;812-18.
- 31.** English M, Ahmed M, Ngando C, Berkley J, Ross A. Blood transfusion for severe anaemia in children in a Kenyan hospital. *Lancet* 2002; 359: 494-95.
- 32.** Extreme intraoperative blood loss and hemodilution in a Jehovah's Witness: new aspects in postoperative management. Neff TA, Stocker R, Wight E, Spahn ,*Anesthesiology.* 1999 Dec;91(6):1949-51.

El autor declara no tener conflictos de interés, en relación a este artículo.