

La transfusión sanguínea y los derechos del paciente

Blood transfusion and patient rights

Dr. Carlos Tena Tamayo*
Dr. Jorge M. Sánchez González**

Resumen

La medicina transfusional es un recurso de apoyo a numerosas ramas de la medicina, pero frecuentemente, la transfusión de sangre o hemoderivados va acompañada de una valoración insuficiente de los beneficios y riesgos, olvidándose en no pocas ocasiones, los valores y preferencias de los pacientes, que incluyen, estas últimas, el rechazo de los pacientes a recibirla, con base en su autonomía. Una deficiente valoración que conduce a una transfusión innecesaria puede tener efectos sobre la salud y seguridad del paciente, así como la presentación de errores o eventos adversos, además de implicaciones médico-legales, especialmente cuando no se obtiene la aceptación del paciente o su representante legal, de la carta de Consentimiento bajo información.

El presente trabajo enfoca este problema desde el punto de vista ético, cuando un paciente, por motivos religiosos, se niega a recibir una transfusión, invocando principios éticos y derechos fundamentales de Beneficencia y Autonomía, mismos que pueden contraponerse, en determinada situación, al principio de no maleficencia; que es un obligación *prima facie* que se le impone al médico, al frente de cualquier otra obligación.

Otra finalidad del presente reporte es inducir el análisis del problema, los factores que inciden en la autonomía del paciente que rechaza una transfusión por motivos religiosos y conocer el dilema a fondo. Así como la percepción del paciente sobre el problema, los conflictos que se asocian con la negativa a recibir terapia transfusional durante el momento de recibir atención médica inicial, y promover la reflexión del médico sobre la transfusión sanguínea y sus componentes en varios sentidos que conduzcan a: 1) Propiciar apertura y aceptación de los nuevos conceptos y conocimientos en la indicación de una transfusión de sangre o hemoderivados, 2) Reflexionar sobre los conceptos legales y éticos que rigen la *Lex artis* médica y 3) Considerar en su verdadera dimensión, la percepción que se genera en los pacientes cuando no son atendidos por negarse a recibir una transfusión sanguínea, ante una situación de urgencia o sin ella.

Palabras clave: Transfusión, Ética, Derechos del Paciente, Recomendaciones, Testigos de Jehová.

Summary

The transfusional medicine is a support resource to numerous branches of the medicine, but frequently, the transfusion of blood or derivatives goes accompanied by an insufficient valuation of the benefits and risks, forgetting in not few occasions, the values and the patients' preferences. These last ones include the rejection of the patients to receive blood transfusions with base in their autonomy. A faulty valuation that leads to an unnecessary transfusion can have effects on the health and the patient's security, as well as the presentation of errors or adverse events, besides doctor-legal implications, especially when one doesn't obtain the patient's or his legal representative acceptance, by means the Informed Consent document.

The present work focuses this problem from the ethical point of view, when a patient, for religious reasons, refuses to receive a transfusion, invoking ethical principles and fundamental rights of Charity and Autonomy, same that can be

* Médico Cardiólogo, Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

**Médico Patólogo Clínico, Director General de Difusión e Investigación CONAMED

opposed, in certain situation, at the principle of non maleficence; that it is an obligation *prima facie* that is imposed the doctor, to the front of any other obligation.

Another purpose of the present reports is to induce the analysis of the problem, to recognize the factors that impact in the patient's autonomy that rejects a transfusion for religious reasons and to know thoroughly the dilemma. As well as the patient's perception on the problem, the conflicts that associate with the negative to receive therapy transfusion during the moment to receive initial medical care, and to promote the doctor's reflection on the sanguine transfusion and their components in several senses that drive to: 1) propitiate opening and acceptance of the new concepts and knowledge in the indication of a transfusion of blood or derivatives, 2) meditate on the legal and ethical concepts that the Lex artis governs prescribes and 3) consider in its true dimension, the perception that is generated in the patients when they are not assisted to refuse to receive a sanguine transfusion, before a situation of urgency or without it.

Keywords: Transfusion, ethics, Patient rights, Recommendation, Jehova Witness.

Introducción

La historia documentada de la transfusión sanguínea como recurso terapéutico se remonta al siglo XVI, cuando se sugiere la transfusión vena a vena y aparecen publicadas las primeras descripciones en Europa. En 1628 William Harvey publica su descubrimiento sobre la teoría circulatoria de la sangre, es así como en el siglo XVII se da inicio a la transfusión sanguínea en humanos, con base en conocimientos y experiencias basadas en el método científico. Más adelante, con los trabajos de James Blundell se inicia la era moderna de la medicina transfusional. Cuando el austriaco Karl Landsteiner describió en 1901 los tres grupos sanguíneos (A, B y O) y en 1940 el factor Rh, se incrementó el uso de este recurso terapéutico con mayor seguridad para los pacientes, al disminuir de manera importante los eventos adversos y las reacciones secundarias. En la primera mitad del siglo pasado se logra la conservación y almacenamiento de la sangre, y fue durante la segunda guerra mundial cuando se promueve la donación. Con el incremento en los conocimientos científicos se logró estimular la investigación para aislar fracciones sanguíneas, en particular plasma y albúmina. Pero los derechos de los pacientes y los principios éticos como la autonomía no se incorporaban a la par del desarrollo de los conocimientos técnicos. En 1965 Judith Graham Poll utilizó los crioprecipitados para el tratamiento de la hemofilia. La medicina transfusional se volvió un recurso habitual proporcionando apoyo a numerosas ramas de la medicina clínica y quirúrgica, llegando a alcanzar hoy en día una mayor demanda que supera con mucho a la oferta, pero frecuentemente acompañada de una valoración insuficiente de los beneficios y riesgos (1-5), olvidándose en no pocas ocasiones, los valores y preferencias de los pacientes, y por otra parte, el rechazo de los pacientes a recibirla, con base en su autonomía, cuando no se trate de un estado de necesidad.

Planteamiento del problema.

De todos es conocido el problema cotidiano que se genera, en parte, por el uso no racional de la terapia transfusional o la sobretransfusión innecesaria de sangre o alguno de sus componentes y por otra, el déficit permanente en los bancos de sangre, para el que no existe una respuesta social apropiada y consistente para la donación altruista sistematizada, problemas al que se agregan las reacciones secundarias adversas, como es el caso de las enfermedades infecciosas, las reacciones alérgicas, la enfermedad injerto contra huésped como la aloinmunización, entre otras y por supuesto, el tema central del presente trabajo, la negativa del paciente a la transfusión por principios religiosos, independientemente de que esté bien indicada o no, pero basada en el principio de autonomía.

En relación al uso no racional o la sobretransfusión, en varias publicaciones se comprueba el hecho, reportando que existen variaciones entre 13 a 56% de transfusiones de sangre total innecesarias. En el caso de los hemoderivados transfundidos, varios autores reportan haber encontrado que: 13 a 26% de los concentrados plaquetarios, 16 a 57% de concentrados eritrocitarios y de 31% hasta 96.2% del plasma fresco congelado, también fueron injustificados e innecesarios (6-9). En un reporte reciente del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, los autores señalan que 45% de las indicaciones de transfusión de productos sanguíneos fue inadecuada (10). A lo que se agrega el segundo problema, que se genera por el rechazo del paciente a recibir transfusión sanguínea, fundamentando su voluntad en sus creencias religiosas (11-13). La situación requiere de atención por la cantidad de eventos que cotidianamente se realizan en todo el mundo, y que pudieran continuar amenazando la seguridad del paciente. Por ejemplo, se ha reportado que en países industrializados, cada año 5 millones de personas reciben sangre o hemode-

rivados y de éstos últimos se transfunden más de 22 millones, encontrándose que 4 a 67% de dichas transfusiones son innecesarias (14).

Aunado a lo anterior, existe en nuestro país una demanda de sangre que no se logra satisfacer con la cantidad y calidad que requiere la sociedad, y que se documenta entre otras, con las siguientes razones: a) mejor selección de donadores, b) imposibilidad para comercializar el producto en forma legal, c) criterios estrictos para la instalación y funcionamiento de los bancos de sangre, d) poca conciencia de la población para la donación altruista de sangre, e) uso no eficiente de la sangre y sus hemoderivados. Esto último tiene fundamento en el frecuente uso sin apego estricto a las guías clínicas específicas, la medicina basada en evidencia científica o el consejo de los comités de expertos, lo que condiciona bases inciertas en su uso y una transfusión injustificada (5,8-10).

La Norma Oficial Mexicana NOM 003-SSA2-1993 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos" establece que el médico es el responsable de indicar una transfusión sanguínea (15), lo que vuelve imperativo que el profesional de la salud amplíe sus conocimientos sobre las indicaciones específicas, riesgos, beneficios y alternativas. Una deficiente valoración que conduce a una transfusión innecesaria puede tener efectos sobre la salud y seguridad del paciente, así como la presentación de errores o eventos adversos, además de implicaciones médico-legales, especialmente cuando no se obtiene la firma del paciente o su representante legal en la carta de consentimiento bajo información (9-13, 16, 17).

El médico debe informar al paciente o sus familiares de manera clara y completa los motivos médicos de la necesidad de realizar una transfusión de sangre total o sus derivados, sus riesgos, beneficios y otras alternativas, con la finalidad de obtener la firma de la carta de consentimiento bajo información, documento que debe ser integrado al expediente clínico (5,8-11, 13, 15, 17).

Con relativa frecuencia, aún después de esta información, algunos pacientes o sus familiares rechazan esta indicación médica, con conocimiento del consecuente deterioro de su salud y a pesar de un importante riesgo de perder su propia vida (11-12). Ante tal negativa el médico se enfrenta a un dilema, ya que tiene que decidir hasta donde es ético o legal el aceptar o rechazar los deseos del paciente. En ésta circunstancia también se presenta un conflicto de valores; en el caso de una negativa a la transfusión, que por ejemplo, se presenta frecuentemente con los pacientes Testigos de Jehová, con base en el derecho de su libertad de creencia, sus miembros citan motivos religiosos para rechazar la transfusión de sangre o sus componentes para sí mismos y sus hijos, incluso cuando la negativa pudiera desencadenar la muerte del individuo. Lo que se opone al deber del médico de poner todos los medios disponibles para preservar la vida del paciente (12, 13, 16, 17).

Tradicionalmente se ha considerado que el derecho a preservar y respetar la vida priva sobre todos los demás al considerar a la vida como un bien supremo. Sin embargo, esta interpretación no es tan válida en estos momentos y deben considerarse a otros derechos ubicados al mismo nivel, como el derecho a la dignidad, que para muchos pacientes puede incluso primar sobre la vida, el respeto a la libertad de conciencia y creencias o la autonomía para tomar sus propias decisiones (11, 12, 15-17).

Enfocando el tema central del presente trabajo, desde el punto de vista ético, cuando un paciente Testigo de Jehová se niega a recibir una transfusión, está involucrando e invocando principios éticos y derechos fundamentales de:

- 1.- Beneficencia; entendida como el hacer o procurar el bien y prevenir el daño, tradicionalmente éste último, principio rector de todo profesional de la salud, que implica considerar todos los recursos que se utilizan para atenderles. Actualmente se reconoce que lo que es benéfico lo deben definir conjuntamente el paciente a quien va dirigido el bien y su médico, no sólo en función de los parámetros médicos o científicos ofrecidos por el profesional de la salud, sino en función de sus valores, creencias y convicciones morales, en el marco de un modelo deliberativo que contemple las preferencias del paciente.
- 2.- Autonomía; que consiste en que el paciente tiene derecho a participar en las decisiones que se tomen sobre su enfermedad, a que su opinión sobre los tratamientos empleados sea tenida en cuenta, así como la posible negativa del paciente a dichos tratamientos. Este principio tiene que ver con un nuevo modelo de relación centrado en el paciente que promueve su participación activa en la toma de decisiones, favorece la comunicación, la evaluación conjunta de las alternativas y la elección de aquellas que el paciente entienda como más ajustadas a su propia escala de valores y proyecto de vida.
- 3.- Finalmente el principio de no maleficencia; que es un obligación *prima facie* que se le impone al médico, al frente de cualquier otra obligación, ya que no hacer daño es una obligación de primer nivel. Sin embargo el imponer a la fuerza una transfusión a un Testigo de Jehová puede considerarse que vulnera el principio de no maleficencia puesto que se le produce un daño moral al enfermo (11-13, 16, 18-20).

Toda vez que alrededor del tema se presentan dilemas de gran importancia, el presente trabajo tiene como objetivo promover la reflexión del médico sobre la transfusión sanguínea y sus componentes, en varios sentidos, que conduzcan a: 1) propiciar apertura y aceptación de los nuevos conceptos y conocimientos en la indicación de una transfusión de sangre o hemoderivados y 2) promover el uso racional, basado en evidencias y guías clínicas científicas. Se pretende también la aplicación y razonamiento profundo de sus riesgos y beneficios, para que en lo sucesivo y en forma individual, se realice una valoración clínica completa a cada paciente, planteando otras alternativas a la transfusión

cuando sea posible y en especial que se respete la autonomía del paciente en caso de rechazo (21-24).

Consideración de algunos aspectos legales

En México el derecho a la protección de la salud o a la vida no sólo es un bien meramente individual, sino que también lo es social, de tal importancia que es contemplado en el nivel nacional como una garantía constitucional (artículo 4º Constitucional), definiéndose como máxima jerarquía en el derecho social mencionado (25). La Ley General de Salud en su artículo 9º señala *“que la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos a que orienta la práctica médica”* (26). El artículo 73 de la misma Ley General de Salud indica que *“el responsable del servicio de urgencias del establecimiento esta obligado a tomar las medidas necesarias que aseguren la valoración médica del usuario y el tratamiento completo de la urgencia o la estabilización de sus condiciones generales para que pueda ser transferido”*, artículo 81; *“cuando no sea posible obtener la autorización por incapacidad del paciente y ausencia de las personas a que se refiere el párrafo que antecede, los médicos autorizados del hospital de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de por lo menos dos de ellos, llevaran a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico”* (26).

Por ser la vida humana el bien superior tutelado y protegido por la norma, el Estado está obligado a protegerla de la enfermedad y prolongarla cuando sea factible, siempre con dignidad y disminuyendo el sufrimiento como lo señalan los artículos 2º, 23 y 32 de la Ley General de Salud (26). Por otra parte, la Ley General de Profesiones en su artículo 33 señala que *“el profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente”* (27). El Código penal del Distrito Federal en sus artículos 228 y 229 señala que *“el paciente acepta las consecuencias de la negativa a una modalidad terapéutica, pero no acepta las consecuencias de una conducta médica negligente”* (28). Más aún, los artículos 6º y 7º del Código Civil manifiestan que *“la voluntad de los particulares no puede eximir de las observancias de la ley ni alterarla ni modificarla”* (29).

Tradicionalmente el principio racional para indicar una transfusión era incrementar la capacidad transportadora de oxígeno y la subsiguiente liberación de oxígeno hacia los tejidos y con ello prevenir los efectos adversos secundarios severos que incluían la isquemia o infarto al miocardio. Se indicaba una transfusión para el tratamiento de la anemia aguda para reponer volumen o bien para el tratamiento de la anemia crónica sin tomar en cuenta si su causa era carencial, susceptible de tratamiento farmacológico (4,5,7,8,21,22). Las indicaciones basadas en evidencias científicas incluyen también contraindicaciones y disminución de riesgos en el paciente, mejorando su seguridad, al tiempo

de orientar la decisión clínica para evitar transfusiones innecesarias e injustificadas. Grandes esfuerzos se realizan en éste sentido en las instituciones de salud, tal es el caso del Consenso de Expertos en Medicina Transfusional y el Comité de Medicina Transfusional de la Agrupación Mexicana de Hematología (30).

Análisis relacionado

Con la finalidad de profundizar en el problema, reflexionar sobre los factores que inciden en la autonomía del paciente que rechaza una transfusión por motivos religiosos y conocer el dilema a fondo, así como la percepción del paciente sobre el problema, la CONAMED realizó un análisis de los informes de anomalías presentadas por pacientes pertenecientes a la Asociación Religiosa Testigos de Jehová en la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), cuyos conflictos se asociaron con la negativa a recibir terapia transfusional durante el momento de recibir atención médica inicial.

Material y método

Se realizó un estudio transversal analítico en un total de 767 expedientes de inconformidad por la atención médica recibida, que fueron proporcionados a esta Comisión Nacional de Arbitraje Médico para su exploración. No se excluyó ningún expediente y todos los casos se trataron de pacientes Testigos de Jehová. Los expedientes provenían de diferentes estados de la República Mexicana, en los cuales se consideraron entre otras, las siguientes variables disponibles en cada expediente: variables demográficas del paciente, motivo de consulta o enfermedad, nivel de atención hospitalaria, servicio médico involucrado, tipo de queja e institución de salud donde se presentó la queja, se identificó el motivo de inconformidad asociado a la transfusión sanguínea, tratamiento realizado y la percepción del paciente o su familiar al momento de recibir la atención médica.

Resultados

De los 767 expedientes analizados, la mayoría de los pacientes en quienes la atención médica generó la queja fueron pacientes adultos compuestos por 733 casos (95.6%) y sólo 34 menores de edad (4.4%), su edad promedio fue de 43 años y el 84.6% correspondió a pacientes del sexo femenino (649 casos).

La mayoría de los pacientes fueron atendidos en el segundo nivel de atención y las tres entidades federativas de origen del paciente más frecuentes fueron: Distrito Federal (135 casos: 17,6%), México (66 casos: 8,6%) y Nuevo León (57 casos: 7,4%). Las instituciones de salud contra quienes se asentaron la mayoría de las quejas fueron de la seguridad social, seguidas del sector público.

Los pacientes, al acudir a solicitar atención les propusieron tratamiento quirúrgico en 705 casos (91,9%) y tratamiento médico en 10 casos (1,3%), en 52 casos (6,8%) no se contó con datos para conocer el tipo de tratamiento propuesto. Los diagnósticos quirúrgicos más frecuentes fueron miomatosis uterina 12.1%, colecistitis y otras enfermedades de la vesícula 11.2%, histerectomía sin indicación especificada 8.2%, otros padecimientos ginecológicos 5%, tumores varios 4.8%, cirugía cardiovascular 4.6%, atención de parto 4.6%, padecimientos ortopédicos 4.2%, quistes ováricos 3.9% y enfermedades oncológicas 3,7%.

La tercera parte de los diagnósticos (311 casos: 40,5%) se refieren a procedimientos o patología ginecobstétrica, a cirugía general 125 casos (16,3%), 55 casos (7,2%) a traumatología y ortopedia y 250 casos (32,6%) a otras especialidades. En 26 quejas (3,4%) no se encontraron datos del padecimiento por lo que no se puede establecer la especialidad involucrada.

Más de la tercera parte no recibieron ningún tratamiento en la unidad a la que acudieron en primera instancia. La mayoría de las acciones médicas que solicitaron los pacientes y que fueron motivo de queja fueron atenciones programadas (81,7%). En 98,7% de estas interacciones, el motivo de la queja del usuario fue la percepción de negativa de atención.

En 31 casos (4%) las inconformidades estuvieron relacionadas con el requisito de proporcionar dos donadores para proporcionar la cirugía programada. En 10 casos (1,3%) la inconformidad fue motivada porque el paciente estaba convencido de haber recibido transfusión de sangre o algún hemoderivado sin su consentimiento.

En 49 quejas (6,4%) los pacientes ya se encontraban en quirófano y el anestesiólogo se negó a realizar el procedimiento o continuar brindando la atención médica por la negativa a la transfusión, mientras que en 44 casos (5,7%) la aparente negativa ocurrió con el paciente ya hospitalizado, por otro personal del hospital (directivos o paramédicos); en los 93 casos (12,1%), los pacientes se egresaron por alta voluntaria en ambas situaciones.

En 451 quejas (58,8%) el planteamiento de la posible necesidad de transfusión o donación se planteó durante la consulta externa, por lo cual los pacientes no fueron hospitalizados. En 213 (27,8%) no se encontraron referencias del egreso hospitalario.

La resolución del problema médico inicial, motivo de consulta, se dió en unidades médicas distintas a la inicial en 500 casos (65,2%), de las cuales 450 (58,7%) fueron atendidos en medicina privada y 50 (6,5%) en otra institución pública. La institución de salud inicial resolvió 70 casos (9,1%), aún cuando la unidad médica fue distinta. Casi una quinta parte de los pacientes (145 casos: 18,9%) no recibieron o continuaron su atención médica.

De los 10 casos en que la inconformidad fue por una transfusión no consentida, en uno de ellos (0,1% del total

de 767 casos) no se encontró evidencia de la misma, solo la percepción del paciente o su familiar.

La revisión específica de los 34 casos de menores de edad (4,4% de 767 casos) arrojó los siguientes resultados: Fueron 20 niñas (58,8%) y 14 niños (41,2%). El intervalo de edad más frecuente fue de 1 a 5 años, con 12 quejas (35,3%). En 97,1% el motivo de queja fue la percepción de negativa de atención. Un caso (2,9%) fue trasfundido sin consentimiento, con diagnóstico de estallamiento de bazo. Los dos padecimientos más frecuentes fueron patologías cardíacas congénitas (7 casos, 21,2%), seguido de otras malformaciones congénitas (6 casos, 18,2%).

Se identificaron 76 casos de urgencia, de los cuales los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron: Fracturas, 9 casos (11,8%); atención de embarazo y parto a término 8 casos (10,5%); colecistitis y otras enfermedades de la vesícula 6 casos (7,9%); diagnósticos por patología ginecobstétrica 29 pacientes (38,2%); ortopedia y traumatología 15 casos (19,7%).

Discusión

Con base en la seguridad del paciente, disminuir las reacciones secundarias y la posibilidad de errores, actualmente se deben considerar otras alternativas a la transfusión alogénica como la autotransfusión autóloga, que consiste en la administración a un individuo de sangre o sus componentes obtenidos de él mismo, existen varios tipos de autotransfusión: depósito previo, hemodilución preoperatoria aguda, autotransfusión programada y rescate celular (31,33). Para transfusión de depósito previo o programada, el médico debe informar al candidato en que consiste el procedimiento, cuáles son sus ventajas y desventajas, qué estudios se realizan en la sangre y posibles complicaciones, así como disipar sus dudas. Previo al procedimiento se deberá obtener por escrito la carta del consentimiento bajo información, este procedimiento es aceptado incluso por algunos grupos religiosos (20-23).

Más del 60 % de las transfusiones sanguíneas son efectuadas en relación directa con actos quirúrgicos. Es importante que los cirujanos conozcan el desarrollo de otras estrategias para disminuir las transfusiones en sus pacientes candidatos a una cirugía. Durante 40 años prevaleció un dogma de transfundir a un paciente con menos de 8 o 10 g/dL de hemoglobina en el preoperatorio, siempre basado en este único factor, a partir de 1988 se consideró que estos niveles tenían poca evidencia científica y suficiente riesgo para justificar una transfusión, debiendo basarse en hallazgos clínicos más claros, estableciéndose nuevos criterios: cifras menores de 10 g/dL raramente, cifras menores de 7g, usualmente, pero dejando como una zona gris el criterio entre 7 y 10 g/dL de Hb, debiéndose determinar la causa de la anemia, determinar los síntomas, valorar los riesgos y beneficios de la transfusión (14,20-24), con la finalidad de:

1) evitar una transfusión empírica automática, 2) considerar transfusión electiva por sangre alogénica, 3) disponibilidad de sangre autóloga cuando la pérdida sanguínea pueda ser predecible, 4) considerar terapias alternas como eritropoyetina para tratar anemias crónicas y el uso de hierro oral.

Cuando es necesario transfundir a un paciente adulto no competente, por que no se encuentra en condiciones de comprender el riesgo al que se somete si no recibe la transfusión sanguínea (estado de inconsciencia, choque, hipoxia grave, demencia), y se documenta una urgencia vital y la transfusión no admite demora, se deberá actuar siempre en beneficio del paciente. Si no se trata de una urgencia vital es importante conocer, si es posible, la voluntad previa del paciente a través de sus familiares, directriz previa o por conocimiento del médico que previamente le hubiese tratado, respetando la decisión del paciente en caso de negativa. Cuando el caso es con un menor de edad, y se trata de una urgencia vital condicionada por un estado de necesidad, el médico debe actuar basándose en el criterio médico. En el caso de que no pueda decidir por falta de juicio suficiente, respetar la decisión de los padres (13).

En general, cuando se trata una cirugía programada, se debe proporcionar al paciente información suficiente sobre la naturaleza de su enfermedad y las razones médicas por las que precisa la transfusión y previa una valoración clínica completa ofrecerle otras alternativas. En los casos en donde se considere que es absolutamente imposible realizar la cirugía sin emplear hemoderivados, es conveniente presentar el caso en el comité de medicina transfusional hospitalaria. Y cuando se han agotado todas las posibilidades dentro del hospital, se puede buscar el traslado del paciente a otra unidad o centro donde se tenga la experiencia de programar dicha cirugía sin sangre (13,14,22,23,30,31,33,36).

Del análisis de las quejas, y desde la perspectiva de los pacientes, se pudo deducir que los profesionales de la salud negaron el servicio ante el rechazo a la transfusión en forma irracional, con ausencia de criterios basados en la medicina transfusional y sin buscar alternativas resolutivas. Negaron el servicio: el Médico tratante 58.8% (en 451 casos), el anestesiólogo 6.4% (49 casos) y el director médico 2.5% (19 casos).

Lo anterior se comprobó cuando el problema de salud o atención médica demandada se resolvió sin necesidad de transfusión en otras unidades médicas, de la siguiente forma: de la institución pública a la Medicina privada en 450 casos (58.7%); en otra institución del sector 50 casos (6.5%); en la misma institución (otra unidad) 70 casos (9.1%), y no se brindó atención en 145 casos (18.9%).

Con la finalidad de establecer recomendaciones específicas para evitar que se sigan presentando los problemas antes referidos, se convocó a un grupo de trabajo para su elaboración y validación, los participantes fueron:

CONAMED, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud (SS), Dirección General de Asociaciones Religiosas de la SEGOB, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea (CNTS), CNDH, Academia Mexicana de Cirugía, Comisión Nacional de Bioética y la Academia Nacional Mexicana de Bioética. Del trabajo colegiado y por consenso se emitieron las siguientes *Recomendaciones para la atención de pacientes Testigos de Jehová (TJ)*:

1. Para transfundir es necesario obtener "carta de consentimiento bajo información" (Art. 323-II Ley General de Salud).
2. Si se considera indispensable la transfusión, de acuerdo a los criterios establecidos, en un procedimiento electivo, permitir la participación de los médicos de los Comités de Enlace de TJ, para valorar otras alternativas.
3. No negar la hospitalización, a pesar de que no se proporcionen donadores de sangre.
4. Cuando no se tenga la capacidad para atender a pacientes TJ sin sangre, no deberá suspenderse la atención médica y si es posible, se deberá referir formalmente al paciente a una Unidad con esta capacidad.
5. En caso de estado de necesidad (urgencia real), el médico debe preservar la vida ante otros bienes jurídicos y debe respetarse su libertad prescriptiva.
6. Las Instituciones de salud deben promover la creación de Comités hospitalarios de medicina transfusional, para apoyar la toma de decisiones y difundir guías para la terapia transfusional.

Las anteriores Recomendaciones, se presentaron ante el pleno del Consejo de Salubridad General y en el seno del Consejo Nacional de Salud, donde se tomó el acuerdo de adopción y difusión en el sector salud.

Conclusiones

Para disminuir las reacciones secundarias y complicaciones físicas y morales de una terapia transfusional no racional, el médico debe asumir con responsabilidad una actitud positiva para cada uno de sus pacientes, en el caso de requerir una transfusión de sangre o sus componentes valorar y evaluar después de realizar una exploración clínica completa si el paciente realmente requiere de éste recurso terapéutico (10,30). Así como establecer programas de monitoreo, aseguramiento y registro de eventos adversos y errores de la terapia transfusional, lo que si duda permitirá abatir la sobretransfusión y derivado de ello, las reacciones secundarias (35,36).

En casos de urgencia vital en paciente no competente o menores de edad y ante la necesidad imperiosa de transfundir para salvar la vida, realizarla (26,27).

Cuando el paciente, en ausencia de urgencia vital o estado de necesidad, se niegue a recibir la transfusión por motivos religiosos, se debe canalizar al paciente a una unidad médica con mayores recursos o instituciones especializadas para el manejo de estos pacientes y contactar a los médicos

de la asociación religiosa quienes cuentan con los recursos alternativos a la terapia transfusional. Lo más importante para el médico es nunca negar la atención ni abandonar al paciente, siempre se debe brindar la atención médica solicitada y respetar su autonomía.

Bibliografía

- 1.- Izaguirre-Avila R, Micheli A. En torno a la historia de las transfusiones sanguíneas. *Rev Invest Clin* 2002;54 (6): 552-558.
- 2.- López-Espinoza J A. Apuntes para la historia de las transfusiones sanguíneas. *Rev Cubana Gen Integr* 1997;13:405-413.
- 3.- Starr D. Historia de la sangre, leyendas, ciencia y negocio. Ediciones B, 2000; pp. 320 – 530.
- 4.- Córdova M S et al. Medicina transfusional. *Transfusión* 1991; 31 (270): 78-81.
- 5.- Corbalá-Fuentes C, Navarro-Jaramillo F, Aguilar- Solano A, Gárate-Ureña J, Pacheco-Ureña A , Haro-García L. Análisis del uso clínico de la hemotransfusión. *Rev Mex Patol Clin* 2003;50:104-108.
- 6.- Tuckfield A, Haeusler M, Grigg A, et al. Reduction of inappropriate use of blood products by prospective monitoring of transfusion request forms. *Med J Aust* 1997;167: 473-476.
- 7.- Practice Guidelines for blood Component Therapy. A report by American Society of Anesthesiologists. Task force on blood component therapy. *Anesthesiology* 1996; 84: 732-747.
- 8.- García J, Rodríguez P, Bernal T, et al. Adecuación de la transfusión de hemoderivados a criterios previamente establecidos. *Sangre* 1996; 41 (1): 19-23.
- 9.- Pita L, Cabrera B, Ortega C. Motivos de transfusión de plasma fresco congelado en un hospital general. *Rev Invest Clin* 1999; 51: 89-92.
- 10.- Juárez-Rangel E, Vite-Casanova MJ, Marín y López R, Sánchez –Guerrero S A. Auditoría transfusional retrospectiva en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. *Rev Invest Clin* 2004; 56 (1): 38-42.
- 11.- Ramírez-Salazar C, Jiménez-Corona ME, Rivera Cisneros AE. Aspectos jurídicos en casos de transfusión sanguínea en Testigos de Jehová. *Gac Méd Méx* 2003 139; (4): 423-426.
- 12.- Pimentel-Pérez A G. Los testigos de Jehová y el consentimiento informado. *Rev Med IMSS* 2002;40: 495-504.
- 13.- Aldana-Valenzuela C. Aspectos éticos en medicina perinatal: el paciente testigo de Jehová. *Med y Ética* 2001: 35-40.
- 14.- British comitee for Standard in hematology, blood transfusion task force in collaboration with the Royal Collage of Nursing and the Royal Collage of Surgenos of England. The administration of blood components and the management of transfused patients. *Trans Med* 1999; 9: 227-238.
- 15.- Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 “Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”.
- 16.- Garay A. Libertad de conciencia y tratamiento médico: El caso del consentimiento a la transfusión sanguínea. *Rev Latinoam Der Medic Leg* 2000; 5(1): 11-15.
- 17.- Casamadrid Mata OR. Aspectos Conceptuales; La atención médica y La legislación sanitaria En: La atención Médica y el Derecho Sanitario. Editorial JHG editores, Primera edición, México 1999. pp 5-6, 25-27.
- 18.- Riley D T. Jehovah’s Witnesses’ refusal of blood, Obeddience to scripture and religion conscience. *J Med Ethics*1999;25:469-472.
- 19.- Tena Tamayo C, Manuell Lee GR, Casamadrid Mata OR. Consentimiento Válidamente Informado. Comisión Nacional de Arbitraje Médico 2004.
- 20.- Cardemi-Herrera G. Alternativas al uso de sangre y derivados. Sociedad Chilena de Medicina Interna. Hospital Clínico Universidad de Chile 2003:17-28.
- 21.- Barba-Evia J. Transfusión de sangre y sus componentes. *Rev Mex Patol Clin* 2004;51:97-118.
- 22.- American College of Physicians. Clinical guideline. Practice strategies for efective red blood cell transfusión. *Ann Intern Med* 1992; 116 (5): 403-406.
- 23.- Recomendaciones para el tratamiento de pacientes testigos de Jehová que puedan precisar transfusión sanguínea o hemoderivados. Hospital Universitario Puerta Hierro. (España) disponible en [URL:http://www.cph.es/pdf/c070911201_07.pdf](http://www.cph.es/pdf/c070911201_07.pdf). (Fecha de acceso 20 enero 2005).
- 24.- Muramoto O. Medical confidentiality and the protection of Jehovah’s Witnesses’ omous refusal of blood. *J Med Ethics* 2000;26:381-386.
- 25.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- 26.- Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México Editorial Porrúa México, D. F. 2000.
- 27.- Ley reglamentaria del artículo 5º constitucional relativo al ejercicio profesional.
- 28.- Código Penal Federal México, D. F. 2004.
- 29.- Código Civil Federal México D. F. 2004.
- 30.- Malagón-Martínez A, Berges-García AS, Bravo-Lindoro A, y Cols. Recomendaciones para la terapia transfusional “Consenso Nacional de Expertos en Medicina Transfusional. Mineral del Chico, Hidalgo y San Juan del Río Querétaro” *Gac Med Méx* 139 Supl 3 44-73.
- 31.-Gutiérrez Gómez C. Autotransfusión. *Cirugía Plástica* 2004; 14:40-43.
- 32.- Abad-Hernández R M, Rey Martínez B, Avela-Lazo A, Pérez -Martínez G. Criterios médicos anestesiólogos de la ciudad de la Habana sobre el hematocrito perioperatorio y la indicación de glóbulos. *Rev Cubana Cir* 2001;40:24-28.
- 33.- Fernández Suárez LM, Monjiotti Z. Hemodilución normovolémica intencional alternativa práctica para la transfusión homóloga de sangre en cirugía general y especializada. *Rev Cubana Cir* 2000;39:152-159.
- 34.- Goodnough TL. The use of eritropoietin to increase red cell mass. *Can J Anesth* 2003; 50:10-18.
- 35.- Saxena Susanita, Ramer Lois, Shulman Ira A. A comprehensive assessment program to improve blood-administering practices using the FOCUS-PDCA model. *Transfusion* 2004; 44(9); 1350-1356.
- 36.- Bolton-Maggs PHB, Murphy MF. Blood transfusion. *Arch Dis Child* 2004; 89(1): 4-7.