



Actitud médica ante la negativa de recibir hemotransfusión por pacientes Testigos de Jehová

Carlos Tena Tamayo,* Jorge M. Sánchez González,** Esther Muñoz Campos Castolo***

Nivel de evidencia: II-3

RESUMEN

Antecedentes: la transfusión de sangre o hemoderivados sin la correcta indicación tiene riesgos, desventajas y la posibilidad de eventos adversos. Con base en la autonomía del paciente deben tomarse en cuenta sus valores y preferencias y el posible rechazo a la transfusión. Una valoración deficiente y la transfusión innecesaria pueden tener efectos en la salud y seguridad del paciente, lo cual obliga a la reflexión profunda del tema.

Material y métodos: se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo de 767 expedientes con quejas por negativa de atención médica de pacientes Testigos de Jehová. Las quejas estaban relacionadas con el rechazo a recibir hemotransfusión y su percepción del problema.

Resultados: se encontró que 95.6% de los casos eran adultos y 4.4% menores de edad; en promedio, la edad fue de 43 años. En el segundo nivel de atención médica fue donde hubo más inconformidades; 64.5% provenían de instituciones de seguridad social y 19% de seguridad pública. El motivo de la consulta que originó atención médica fue quirúrgico en 91.9%. En 98.7% la queja se originó porque los pacientes se negaron a ser atendidos con base en su convicción religiosa. El 1.3% de los casos fue por haber recibido transfusión de fracción sanguínea sin consentimiento. En 500 casos el problema de salud se resolvió en unidades médicas distintas a la inicial (65.2%), 450 se atendieron en centros de medicina privada y 50 en otra institución pública sin necesidad de transfusión.

Conclusiones: los resultados coinciden con hallazgos de diferentes investigaciones acerca del alto porcentaje de transfusiones innecesarias o no justificadas. Para mejorar la calidad de la medicina transfusional deberá propiciarse la formación de comités hospitalarios y actualizarse las guías basadas en las mejores pruebas científicas y el respeto a la autonomía del paciente.

Palabras clave: transfusión sanguínea, autonomía, ética médica, Testigos de Jehová, seguridad del paciente, medicina transfusional.

ABSTRACT

Background: Hemoderivative and blood transfusions without proper medical indication bring uncertain benefits, increase health risks and adverse effects. It is necessary to also consider the patient's values and preferences and the denial to receive transfusions. A deficient medical evaluation and an unnecessary transfusion can generate untoward effects regarding patients' health and safety.

Material and methods: A retrospective, observational, and transverse study of 767 complaints for alleged denial of medical attention presented by Jehovah's Witness patients was undertaken, coupled with their denial to receive blood transfusions and their perception of the problem.

Results: It was established that 95.6% of cases studied involved adult patients, while 4.4% involved underage patients, with a mean of 43 years. The majority of complaints appeared at the secondary level of medical attention, 64.5% came from social security institutions and 19% from private institutions. The motive for medical consultation was surgical in 91.9% cases. 98.7% of the complaints were due to a perceived denial of medical attention, associated to religious conviction. 1.3% of complaints were filed after having received blood transfusions, without proper patient consent. The major health problems were solved in different medical units from the beginning in 500 cases (65.2%). Medical care was provided in 450 cases, in private clinics, while 50 cases were cared for in public institutions without the need for transfusion.

Conclusions: Several studies coincide on the high number of unnecessary or unjustified blood transfusions. To improve the quality of transfusion medicine steps should be taken to install specialized hospital committees, update the use of guidelines based on the best scientific evidence, as well as to respect patient autonomy.

Key words: blood transfusion, autonomy, medical ethics, Jehovah's Witness, patient security, transfusion medicine.

RÉSUMÉ

Antécédents : la transfusion de sang ou hémodérivés sans la correcte indication a des risques, désavantages et la possibilité d'événements adverses. Sur la base de l'autonomie du patient, on doit prendre en considération ses valeurs et préférences et le possible refus à la transfusion. Une évaluation déficiente et la transfusion superflue peuvent avoir des effets sur la santé et sécurité du patient, ce qui oblige à la réflexion profonde du sujet.

Matériel et méthodes : on a réalisé une étude observationnelle, transversale et rétrospective de 767 dossiers avec des plaintes provoquées par la négative d'attention médicale de patients Témoins de Jéhovah. Les plaintes étaient liées au refus de recevoir hémotransfusion et leur perception du problème.

Résultats : on a trouvé que 95.6% des cas étaient des adultes et 4.4% des mineurs ; la moyenne d'âge a été de 43 ans. C'est dans le second niveau d'attention médicale où s'est présenté le majeur nombre de désaccords ; 64.5% provenaient d'institutions de sécurité sociale et 19% de sécurité publique. La raison de la consultation qui a demandé attention médicale a été chirurgicale dans 91.9%. Dans 98.7% la plainte a été portée parce que les patients se sont refusés à être reçus sur la base de leur conviction religieuse. Dans 1.3% des cas a été pour avoir reçu transfusion de fraction sanguine sans consentement. Dans 500 cas le problème de santé s'est résolu dans les unités médicales différentes à l'initiale (65.2%), 450 ont été résolus dans des centres de médecine privée et 50 dans une autre institution publique sans besoin de transfusion.

Conclusions : les résultats coïncident avec les découvertes de différentes recherches à propos du haut pourcentage de transfusions superflues ou non justifiées. Pour améliorer la qualité de la médecine transfusionnelle on devra rendre propice l'installation de comités hospitaliers et on devra mettre à jour les guides basées sur les meilleures tests scientifiques et le respect à l'autonomie du patient.

Mots-clé : transfusion sanguine, autonomie, éthique médicale, Témoins de Jéhovah, sécurité du patient.

RESUMO

Antecedentes: a transfusão de sangue ou hemoderivados sem a correta indicação tem riscos, desvantagens e a possibilidade de acontecimentos adversos. Com base na autonomia do paciente, devem se tomar em consideração seus valores, preferências, além da possível rejeição à transfusão. Uma avaliação deficiente e a transfusão desnecessária podem trazer efeitos na saúde e segurança do paciente, isso obriga-nos a refletir profundamente sobre o tema.

Material e métodos: realizou-se um estudo observacional, transversal e retrospectivo de 767 laudos médicos com queixas por negativa de atendimento médico de pacientes Testimunhas de Jeová. As queixas estavam relacionadas com a rejeição a receberem hemotransfusão e a sua percepção do problema.

Resultados: encontrou-se que 95,6% dos casos eram adultos e 4,4% eram menores de idade; o promédio de idade de 43 anos. No segundo nível de atendimento médico foi onde se apresentaram mais inconformidades; 64,5% provinha de instituições de segurança social e 19% de segurança pública. O motivo da consulta que causou o atendimento médico foi cirúrgico num 91,9%. Num 98,7% a queixa foi porque os pacientes negaram-se a serem atendidos devido à sua convicção religiosa. O 1,3 dos casos foi por terem recebido transfusão de fração sanguínea sem consentimento. Em 500 casos o problema de saúde foi resolvido em unidades médicas diferentes à inicial (65,2%), 450 foram atendidos em centros de medicina particular e 50 numa outra instituição pública sem necessidade de transfusão.

Conclusões: os resultados coincidem com descobrimentos de diferentes pesquisas sobre a elevada porcentagem de transfusões desnecessárias ou não justificadas. Para o melhoramento da qualidade da medicina transfusional é preciso propiciar a instalação de comitês hospitalários e deveram atualizar-se as guias baseadas nas melhores provas científicas e o respeito à autonomia do paciente.

Palabras clave: transfusão sanguínea, autonomia, ética médica, Testimunhas de Jehová, segurança do paciente, medicina transfusional.

El estudio sistematizado de la sangre, los progresos técnicos y científicos, y los descubrimientos relacionados con los grupos sanguíneos y el factor Rh permitieron, en el siglo pasado, que disminuyeran las reacciones adversas por incompatibilidad en la transfusión de sangre.¹ Lo anterior provocó el inicio de la medicina transfusional, la cual es un recurso indispensable para todas las especialidades médicas, clínicas o quirúrgicas y, por lo tanto, su uso

es frecuente en la práctica cotidiana.^{2,3} Actualmente, la transfusión provoca menos daño que antes en cuanto al riesgo de infecciones. Un caso es la trasmisión del VIH, cuya detección disminuyó la proporción de riesgo de infección de 1 por cada 100 unidades transfundidas en el decenio de 1980 a 1 por cada 1'800,000 en la actualidad. Esto se logró con la introducción de pruebas que utilizan anticuerpos monoclonales, ácidos nucleicos o la reacción en cadena de la polimerasa, entre otras, las cuales están relacionadas con el refinamiento de los instrumentos de detección y la selección de donantes.^{4,5} También, en diferentes artículos, se reporta que la demanda supera la oferta de sangre. Desafortunadamente, la transfusión de sangre o hemoderivados se acompaña de la valoración insuficiente de las ventajas o riesgos y de justificación clínica endeble, con poco apego a pruebas científicas.^{6,7}

En los últimos años se generaron diversos problemas derivados del uso no racional del tratamiento

* Comisionado.

** Director general de difusión e investigación.

*** Subdirectora de investigación.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Correspondencia: Dr. Carlos Tena Tamayo. Mitla 250, colonia Vértiz Narvarte, CP 03020, México, DF.

E-mail: juevesm@yahoo.com, ctena@conamed.gob.mx

Recibido: julio, 2006. Aceptado: julio, 2006.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

transfusional en la anemia grave y la hemorragia aguda. En otros casos también hubo excesos de transfusión innecesaria de sangre o alguno de sus componentes, a pesar de cuestiones como: déficit permanente en los bancos de sangre, reacciones potenciales secundarias adversas, enfermedades infecciosas, enfermedad injerto contra huésped o aloinmunización, sólo por mencionar algunos factores de índole clínica, científica o legal que inciden negativamente.⁷⁻⁹

Diferentes reportes refieren que se transfunden injustificada e innecesariamente del 13 al 26% de los concentrados plaquetarios, del 16 al 57% de los concentrados eritrocitarios y del 31 al 96.2% del plasma fresco congelado.^{10,11} En México, se documentó que la demanda de sangre supera la oferta por diferentes razones: mejor selección de donadores, imposibilidad para comercializar la sangre en forma legal, criterios estrictos para la instalación y funcionamiento de los bancos de sangre, escasa conciencia social respecto a la donación altruista y el uso ineficiente.⁶ Lo anterior se fundamenta en la falta de difusión de las guías clínicas específicas y en la ausencia o escasa supervisión de los comités *ad hoc*, lo cual condiciona el uso injustificado.^{8,9}

En un reporte reciente del Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea se señala que 45% de las indicaciones para transfusión de productos sanguíneos fue inadecuada.¹² Se reportó que en países industrializados cada año cinco millones de personas reciben sangre o hemoderivados, de estas transfusiones son innecesarias del 4 al 67%.¹³ A lo anterior se agregan los problemas generados por el rechazo por motivos religiosos,^{14,15} lo cual se relaciona con la ética médica, como es el caso de la autonomía o ventajas del paciente, en especial cuando se vincula a la moral del enfermo. El caso específico al que hace referencia este estudio es al de los pacientes Testigos de Jehová, quienes rechazan la transfusión de sangre total, eritrocitos u otras fracciones sanguíneas (cuadro 1).¹⁵⁻¹⁷

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 cuándo es necesaria una transfusión sanguínea.¹⁸ Una valoración deficiente que provoca la transfusión innecesaria puede tener efectos desfavorables en la salud, además de implicaciones. El imponer sin

Cuadro 1. Tipo de transplantes o tejidos que aceptan o no recibir los pacientes Testigos de Jehová

Prohibido	Opcional
<ul style="list-style-type: none"> • Transfusión de sangre total • Glóbulos rojos empaquetados • Leucocitos • Plaquetas • Plasma 	<ul style="list-style-type: none"> • Autotransfusión no almacenada • Bomba "cebada" • Hemodiálisis "cebada sin sangre" • Albúmina humana • Inmunoglobulinas • Preparados para hemofílicos • Trasplante de órganos

la autorización del paciente Testigo de Jehová una transfusión sanguínea, sin tratarse de una emergencia real, imprescindible para la vida, puede vulnerar el principio de autonomía, toda vez que sus valores religiosos los considera violados, independientemente de que los pacientes Testigos de Jehová con su negativa no desean comprometer los valores y la ética del médico.^{16,19-23}

Es necesario tomar en cuenta que en México el derecho a la protección a la salud no sólo es un bien individual, también es social. Por lo tanto, se considera una garantía que se encuentra en el artículo 4 de la Constitución de México y se define como la máxima jerarquía en el derecho social a la vida.²⁴ Otro aspecto legal que debe tomarse en cuenta es lo que señala la Ley General de Salud en el artículo 9: "Que la atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos a que orienta la práctica médica". En el artículo 73 dice: "El responsable del servicio de urgencias del establecimiento está 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". En el 81 dice: "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, llevarán a cabo el procedimiento terapéutico que el caso requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico".²⁵

La salud es un bien superior tutelado y protegido por la Norma Oficial Mexicana; por lo tanto, el Es-

tado está obligado a protegerla de la enfermedad y prolongarla cuando sea posible, siempre con dignidad y disminuyendo el sufrimiento como lo señalan los artículos 2, 23 y 32 de la mencionada Ley General de Salud. En su artículo 33, la Ley General de Profesiones señala que: "El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente".²⁶ El Código Civil del Distrito Federal dice: "No aceptándose una conducta negligente", ni que "la voluntad de los particulares exima de las observancias de la ley ni alterarla ni modificarla".²⁷

Por lo anterior, y con base en las quejas por negativa de atención médica relacionadas con el rechazo a la transfusión sanguínea, este reporte está dirigido a reflexionar acerca del uso, indicación y aplicación de la transfusión de sangre o sucedáneos, y las recomendaciones existentes. El propósito es el uso racional y ético con base en el respeto de los valores y preferencias de los pacientes, la *lex artis* médica y la ley.²²⁻³¹ También, este estudio se enfoca en los casos de rechazo a la transfusión por impedimento religioso, en los cuales la percepción del paciente y la indicación médica con apego a las guías clínicas se contraponen a la negativa de proporcionar o recibir atención médica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal, analítico y retrospectivo de 767 expedientes de pacientes Testigos de Jehová con informes de inconformidad por atención médica inicial recibida, del año 2000 al 2003. Los informes de inconformidad los recibió para su análisis la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Todos los casos contienen la descripción y percepción de los pacientes ante el conflicto que se relacionó o desencadenó ante su negativa de recibir transfusiones sanguíneas durante la atención médica. Los expedientes fueron de diferentes estados de la República Mexicana. No se excluyó ningún expediente.

No se realizó una investigación para certificar la veracidad de los dichos de los pacientes, manifestados en las quejas. Para efecto del presente análisis se consideró que pudieran ser ciertos con el objetivo de proponer algunas recomendaciones.

Se consideraron las siguientes variables en cada expediente: características demográficas del pacien-

te, motivo de consulta y diagnóstico o enfermedad, pauta de la queja, servicio médico involucrado, nivel de atención hospitalaria, institución de salud donde se generó la queja, diagnóstico de egreso, lugar de la República Mexicana y forma de curación del problema de salud. En todos los casos se identificó el motivo de la inconformidad y la relación de factores, el tratamiento y la percepción del paciente o su familiar al momento de recibir atención médica. Para el análisis de la información se elaboró una base de datos, en la cual se capturaron las variables y se utilizó estadística descriptiva mediante el programa SPSS V.10.

RESULTADOS

Se analizaron 767 expedientes de queja. La mayor parte (649 casos) correspondió a mujeres (84.6%). El 95.6% eran adultos (733) y sólo 4.4% eran menores de edad (34 casos). La edad promedio fue de 43 años, los intervalos de edad más frecuentes fueron de 36 a 40 años y de 46 a 50, con 92 casos (12%) cada uno, seguidos de 88 casos (11.5%) mayores de 65 años (cuadro 2).

Los estados de la República donde hubo más reportes fueron: Distrito Federal con 135 casos (17.6%), Estado de México con 66 (8.6%) y Nuevo León con 57 (7.4%). La distribución completa por frecuencias se muestra en el cuadro 3.

En el cuadro 4 se puede ver que en el segundo nivel de atención médica fue donde hubo mayor

Cuadro 2. Edad de los pacientes

Edad	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 1 año	2	0.3
1 a 5 años	12	1.6
6 a 10 años	8	1.0
11 a 14 años	8	1.0
15 a 17 años	4	0.5
18 a 20 años	6	0.8
21 a 25 años	42	5.5
26 a 30 años	55	7.2
31 a 35 años	74	9.6
36 a 40 años	92	12.0
41 a 45 años	82	10.7
46 a 50 años	92	12.0
51 a 55 años	71	9.3
56 a 60 años	49	6.4
61 a 65 años	36	4.7
Más de 65 años	88	11.5
Sin el dato	46	6.0
Total	767	100

Cuadro 3. Origen de las inconformidades por entidad federativa

Estado	Frecuencia	%
Aguascalientes	3	0.4
Baja California	38	5.0
Baja California Sur	6	0.8
Campeche	11	1.4
Chiapas	40	5.2
Chihuahua	43	5.6
Coahuila	27	3.5
Colima	4	0.5
Distrito Federal (1º)	135	17.6
Durango	14	1.8
Guanajuato	8	1.0
Guerrero	5	0.7
Hidalgo	8	1.0
Jalisco	23	3.0
Méjico (2º)	66	8.6
Michoacán	12	1.6
Morelos	28	3.7
Nayarit	2	0.3
Nuevo León (3º)	57	7.4
Oaxaca	18	2.3
Puebla	14	1.8
Querétaro	12	1.6
Quintana Roo	9	1.2
San Luis Potosí	5	0.7
Sinaloa	21	2.7
Sonora	33	4.3
Tabasco	14	1.8
Tamaulipas	21	2.7
Tlaxcala	9	1.2
Veracruz	43	5.6
Yucatán	37	4.8
Zacatecas	1	0.1
Total	767	100

cantidad de inconformidades. El tipo de instituciones de salud donde se generaron las inconformidades correspondió principalmente a seguridad social (495 casos, 64.5%), atención pública (146 casos, 19%) y ámbito privado (10 casos); en 116 casos no se consignó el dato.

El motivo que originó atención médica y el tratamiento propuesto correspondió en su mayor parte al área quirúrgica con 705 casos (91.9%), tratamiento

Cuadro 4. Nivel de atención médica donde se generó la inconformidad

Nivel de atención	Frecuencia	Porcentaje
Primer nivel	8	1.0
Segundo nivel	542	70.7
Tercer nivel	77	10.0
Sin el dato	140	18.3
Total	767	100

médico en 10 casos (1.3%) y en 52 casos no se logró identificar el tratamiento propuesto (6.8%). Los principales diagnósticos se refieren a padecimientos ginecoobstétricos (311 casos, 40.5%), traumatología y ortopedia (250 casos, 32.6%) y cirugía general (125 casos, 16.3%) (cuadro 5). Más de la tercera parte refirió no haber recibido ningún tratamiento en la unidad a la que acudieron de primera instancia.

Cuadro 5. Diagnóstico de los padecimientos de los pacientes y consignados en los expedientes de queja

Diagnósticos referidos por los pacientes	Frecuencia	Porcentaje
Miomatosis uterina	93	12.1
Colecistitis y otras enfermedades de la vesícula	86	11.2
Histerectomía	63	8.2
Otros padecimientos ginecológicos	38	5.0
Tumores varios	37	4.8
Intervención quirúrgica cardiovascular	35	4.6
Atención de parto	35	4.6
Problemas ortopédicos varios	32	4.2
Quistes ováricos	30	3.9
Padecimientos oncológicos	28	3.7
Enfermedades renoureterales	28	3.7
Cesárea	27	3.5
Fracturas	24	3.1
Hernias abdominales	22	2.9
Padecimiento de columna	22	2.9
Otros padecimientos gastroquirúrgicos	17	2.2
Otras atenciones obstétricas	15	2.0
Embarazo de alto riesgo	10	1.3
Traumatismos	9	1.2
Padecimientos neuroquirúrgicos	9	1.2
Sin datos del padecimiento	26	3.4
Otros	81	10.6
Total	767	100

El 98.7% de los pacientes se quejó porque percibieron que se les negó atención por su religión, en la cual se prohíben las transfusiones sanguíneas. El 4% de las inconformidades (31 casos) se relacionó con el requisito de tener donadores para poder realizar la intervención quirúrgica; este requisito lo establecieron las unidades médicas que los atendieron de primera instancia. En 58.8% de los casos (451) el planteamiento del médico acerca de la posible necesidad de transfusión o donación se le informó al paciente durante la consulta externa, por lo tanto, no fueron hospitalizados, al manifestar su negativa a la transfusión.

En 10 casos (1.3%) la queja fue motivada porque el paciente estaba convencido de haber recibido la transfusión o una fracción sanguínea sin su consentimiento; sin embargo, en uno de ellos no se encontró evidencia. Las fracciones que efectivamente fueron transfundidas fueron: sangre total, plasma y albúmina, en un caso no se reportó el dato.

En 93 casos (12.1%) los pacientes egresaron mediante alta voluntaria por los siguientes motivos: en 49 casos (6.4%) los pacientes ya estaban en el quirófano y el anestesiólogo se negó a realizar el procedimiento, en 44 casos (5.7%) la aparente negativa de atención del paciente ya hospitalizado fue por parte de directivos o paramédicos y por no firmar la autorización.

Se encontró que 34 casos (4.4%) eran menores de edad: 20 niñas (58.8%) y 14 niños (41.2%). El intervalo de edad más frecuente entre estos menores fue de 1 a 5 años, con 12 quejas (35.3%). En 97.1% de los 34 casos el motivo de queja fue la percepción de negativa de atención. Un caso (2.9%) fue transfundido sin consentimiento, con diagnóstico de estallamiento del bazo. Los padecimientos más frecuentes en el grupo fueron: siete casos (21.2%) de enfermedades cardíacas congénitas, seguido de otras malformaciones congénitas (seis casos, 18.2%).

Se identificaron 76 casos relacionados con necesidad de atención médica de urgencia, sin certeza clínica de requerimiento de sangre o hemoderivados. Los diagnósticos clínicos más frecuentes fueron: ginecoobstétricos (29 casos, 38.2%), atención de traumatología y ortopedia (15 casos, 19.7%), colecistitis y otras enfermedades de la vesícula (6 casos, 7.9%), fracturas (9 casos, 11.8%) y atención de embarazo y parto a término (8 casos, 10.5%).

El problema médico que motivó la consulta se resolvió en unidades médicas distintas a la inicial en 500 casos (65.2%), de los cuales 450 (58.7%) se atendieron en medicina privada y 50 (6.5%) en otra institución pública; en ningún caso fue necesario transfundir sangre o sus derivados. La institución de salud pública a la cual acudieron los pacientes inicialmente sólo resolvió el problema en 70 casos (9.1%), pero en una unidad médica diferente. A 145 pacientes (18.9%) no se les proporcionó atención médica al momento de la queja.

DISCUSIÓN

Derivado de los resultados observados, la mayor parte de los casos se relacionó con padecimientos cuya curación requería intervenciones quirúrgicas programadas sin indicaciones claras de transfusión, lo cual contrasta con la indicación o petición inicial al proporcionar atención médica de que se necesitaba autorización para transfundir sangre o hemoderivados para su curación. Esto es un hecho que alerta por tres razones: 1) la coincidencia con la tendencia actual y los hallazgos reportados por diferentes autores acerca del alto porcentaje de transfusiones innecesarias o no justificadas, 2) la mayor parte de los casos eran intervenciones quirúrgicas programadas, en las cuales no había necesidad de transfundir a los pacientes y 3) la atención al paciente se realizó en otra institución médica sin el requisito de aceptar la transfusión.

Utilizar o no sangre o hemoderivados al tratar a un paciente implica una situación compleja que debe resolverse con base en conocimientos actualizados y en la que es necesario tomar en cuenta, invariablemente, varios factores que ya se han mencionado, como: estado del paciente y estabilidad, morbilidad concomitante, tipo de intervención quirúrgica, estimación de la probable pérdida sanguínea, reacciones adversas, riesgos y, sin duda, la preocupación del paciente por su situación adversa o rechazo a la transfusión de sangre.^{6,7,23} Aun cuando es relativamente explicable la resistencia del médico para aceptar el rechazo del paciente a ser transfundido, la atención médica no debe negarse. En caso necesario, deberá referirse al paciente a unidades médicas que cuenten con los recursos para continuar el tratamiento, al tiempo de establecer contacto con los comités médicos de enlace de la congregación de los Testigos de Jehová y solicitar su colaboración.^{14,23,28}

Se cuenta con pruebas de que más del 60% de las transfusiones sanguíneas se deben a intervenciones quirúrgicas y que un porcentaje alto se realiza sin justificación, con base en la indicación científica ajustada. Por lo tanto, es importante conocer el desarrollo de otras estrategias para disminuir las transfusiones en pacientes que requieren una operación y saber acerca de algunas de las indicaciones argumentadas y relacionadas con otros signos clínicos o de labora-

torio. Se recomienda, también, determinar la causa específica de la anemia, conocer los síntomas y valorar los riesgos y ventajas de la transfusión. Es necesario enfocarse a evitar automáticamente una transfusión empírica y considerar siempre la electiva, y lograr la disponibilidad de sangre autóloga cuando la perdida sanguínea pueda ser predecible. También deben considerarse tratamientos alternos, como eritropoyetina, para anemias crónicas relacionadas con el uso de hierro oral, además de conocer los medicamentos con mecanismos que disminuyen el sangrado durante la operación.^{5,12,23,30,34,35} Ante las pruebas de transfusiones sanguíneas injustificadas y los riesgos relacionados, es necesario considerar otras alternativas.^{11,28,29,31-33} Diferentes reportes consideran que cuando se pierden grandes volúmenes sanguíneos se utilizan los medios de reposición inmediata. Para una transfusión de depósito previo o programada el médico también debe informar al paciente en qué consiste el procedimiento, cuáles son sus ventajas y desventajas, qué estudios se realizan en la sangre y las posibles complicaciones. También debe responder las dudas del paciente; este procedimiento es aceptado incluso por algunos grupos religiosos, pero no así por los Testigos de Jehová.^{23,28,31-33} Sin embargo, siempre deberá explicársele claramente al paciente o su representante legal para obtener por escrito la carta del consentimiento con información. Esta carta es una herramienta de comunicación que permite informar, tranquilizar y producirle confianza al paciente.

En caso de que una persona sea susceptible a una intervención quirúrgica urgente, deberá actuarse de acuerdo con el criterio médico. En los casos en donde se considere que es absolutamente imposible realizar la cirugía sin emplear hemoderivados, habiendo agotado todas las posibilidades dentro del hospital y se cuenta con el tiempo para ello, se puede buscar el traslado del paciente a otra unidad o centro donde se tenga la experiencia de realizar dicha cirugía sin utilizar sangre o con otras alternativas, en especial en pacientes que rehúsen la transfusión.

CONCLUSIONES

Los resultados encontrados acerca de la percepción de los pacientes y sus quejas obligan a reflexionar

que no puede condicionarse o negarse la atención médica con base en la transfusión sanguínea. En la práctica clínica cotidiana es impostergable conocer y actualizarse acerca de los aspectos éticos, científicos y legales involucrados, ya que el médico tiene el deber y la responsabilidad de establecer su propio criterio con cada uno de sus pacientes. Esto le permitirá decidir, de manera más precisa, y fundamentar su proceder adecuadamente, así como reconocer la importancia de tomar en cuenta la competencia del paciente para la toma de decisiones, considerando sus valores y preferencias. Con base en la legislación médica, si se trata de una urgencia y la transfusión no admite demora porque se pone en riesgo un órgano, su función o la vida, siempre debe actuar por el bien del paciente, con base en el criterio médico y la mejor evidencia científica.^{15,17-23,26,27} En los casos de menores, si la madurez del niño es suficiente, deberá respetarse la decisión de aceptar o rechazar la transfusión y también deben ofrecerle las alternativas discutidas. Cuando no puedan decidir por falta de juicio suficiente, es necesario respetar la decisión de los padres, con la excepción de los casos en que esté en peligro la vida,^{16,17,23,25} como resultó en un escaso porcentaje de los casos analizados. Lo más importante para el médico debe ser nunca negar atención ni abandonar a un paciente y proporcionar la atención médica solicitada con apego a los principios éticos, científicos y legales que rigen la medicina.

La percepción de negativa de atención médica por rechazo a la transfusión en 98.7% de los casos, aun cuando la atención médica que requerían se trataba casi en su totalidad de intervenciones quirúrgicas programadas, parece no ser razonable, en especial cuando no se tiene certeza o justificación para realizarlas. En todo caso se trataría de otro procedimiento. Menos sensato resultó que 31 casos no se atendieron porque los pacientes no aceptaron la condición de acudir con donadores para recibir atención médica. De comprobarse, resulta una situación no justificada de negativa que debe derivar en acciones de los Comités Hospitalarios de Medicina Transfusional para promoción de la donación altruista programada, ya que los bancos de sangre requieren contar con reservas suficientes.

El hecho de que la mayor parte de la negativa de atención (70.7%) fue en el segundo nivel de atención,

relacionado con instituciones de seguridad social, obliga a revisar los procedimientos de atención de los derechohabientes, en especial cuando la decisión no la toma el médico tratante (5.7% de los casos), el cual es el indicado para informar al paciente o sus familiares y fomentar mejor relación médico-paciente.

El estudio de las quejas que generaron este reporte derivó en la elaboración de seis recomendaciones (cuadro 6), las cuales fueron publicadas en un reporte preliminar.³⁶ Esto sucedió después de la reflexión, análisis y debate de los problemas que derivan de la transfusión sanguínea, en relación con el tema de los pacientes Testigos de Jehová, en la cual la participaron expertos y representantes de diferentes instituciones gubernamentales y privadas convocadas por la CONAMED. Estas recomendaciones también se discutieron y adoptaron en el seno del Consejo Nacional de Salud y el Consejo de Salubridad General. Destacan, entre otras, las acciones para mejorar la calidad de la medicina transfusional, la disminución del uso injustificado de la sangre y hemoderivados, la instalación de comités hospitalarios de medicina transfusional,

Cuadro 6. Recomendaciones para la atención de pacientes Testigos de Jehová

1. Para transfundir es necesario obtener el consentimiento con información.
2. Si se considera indispensable la transfusión en un procedimiento electivo, de acuerdo con los criterios establecidos, permitir la participación de los médicos de los Comités de Enlace de la Congregación Testigos de Jehová, 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 Testigos de Jehová sin transfusión de sangre, no deberá suspenderse la atención médica y, si es posible, deberá referirse 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 el tratamiento transfusional.

Instituciones participantes en su elaboración: CONAMED, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Dirección General de Asuntos Jurídicos de la SS, Dirección General de Asociaciones Religiosas de la SEGOB, CNTS, CNDH, Academia Mexicana de Cirugía, Comisión Nacional de Bioética, Academia Nacional Mexicana de Bioética.

el respeto a la autonomía del paciente y la libertad de prescripción del médico en casos de urgencia real.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo proporcionado por los doctores Luis Hernández, José Luis Álvarez Borda y Alfredo Vigueras.

REFERENCIAS

1. Izaguirre-Avila R, Micheli A. En torno a la historia de las transfusiones sanguíneas. Rev Invest Clin 2002;54(6):552-8.
2. Starr D. Historia de la sangre, leyendas, ciencia y negocio. Barcelona: Ediciones B, 2000;pp:320-530.
3. Córdova MS, et al. Medicina transfusional. Transfusión 1991;31(270):78-81.
4. AuBuchon JP, Birkmeyer JD, Busch MP. Safety of the blood supply in the United States: opportunities and controversies. Ann Intern Med 1997;127(2):904-9.
5. Busch MP, Kleinman SH, Nemo GJ. Current and emerging infectious risks of blood transfusions. JAMA 2003;289(8):959-62.
6. Corbalá-Fuentes C, Navarro-Jaramillo F, Aguilar-Solano A, et al. Análisis del uso clínico de la hemotransfusión. Rev Mex Pat Clin 2003;50:104-8.
7. Barlet R. Current concepts and clinical strategies in blood less medicine and surgery. En: Culotta E. The new standard of care workshop. Washington, DC: AABB, 2000.
8. 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;167:473-6.
9. Practice guidelines for blood component therapy. A report by American Society of Anesthesiologists. Task force on blood component therapy. Anesthesiology 1996;84:732-47.
10. García J, Rodríguez P, Bernal T, et al. Adecuación de la transfusión de hemoderivados a criterios previamente establecidos. Sangre 1996;41(1):19-23.
11. Pita L, Cabrera B, Ortega C. Motivos de transfusión de plasma fresco congelado en un hospital general. Rev Invest Clin 1999;51:89-92.
12. Juárez-Rangel E, Vite-Casanova MJ, Marín y López R, Sánchez-Guerrero SA. Auditoría transfusional retrospectiva en el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea. Rev Invest Clin 2004;56(1):38-42.
13. British committee for Standard in hematology, blood transfusion task force in collaboration with the Royal Collage of Nursing and the Royal Collage of Surgeons of England. The administration of blood components and the management of transfused patients. Trans Med 1999;9:227-38.
14. Ramírez-Salazar C, Jiménez-Corona ME, Rivera Cisneros AE. Aspectos jurídicos en casos de transfusión sanguínea en Testigos de Jehová. Gac Med Mex 2003;139(4):423-6.
15. Pimentel-Pérez AG. Los testigos de Jehová y el consentimiento informado. Rev Med IMSS 2002;40:495-504.
16. Aldana-Valenzuela C. Aspectos éticos en medicina perinatal: el paciente testigo de Jehová. Med y Ética 2001:35-40.
17. Pérez F, Gredilla EV, García F, Reinoso B. 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(1):31-41.

18. Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos".
19. 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.
20. Casamadrid Mata OR. Aspectos Conceptuales; la atención médica y la legislación sanitaria. En: La atención médica y el derecho sanitario. México: Editorial JHG, 1999;pp:5-6, 25-27.
21. Riley DT. Jehovah's Witnesses refusal of blood, obedience to scripture and religion conscience. J Med Ethics 1999;25:469-72.
22. Muramoto O. Medical confidentiality and the protection of Jehovah's Witnesses ormolus refusal of blood. J Med Ethics 2000;26:381-6.
23. Rodríguez Moyado H. Medicina sin transfusiones. Rev Med IMSS 2005;43(3):229-35.
24. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
25. Ley General de Salud. Leyes y Códigos de México. México: Porrua, 2000.
26. Ley reglamentaria del artículo 5º constitucional relativo al ejercicio profesional
27. Código Civil Federal México, D.F., 2004.
28. Cardemí-Herrera G. Alternativas al uso de sangre y derivados. Sociedad Chilena de Medicina Interna. Hospital Clínico Universidad de Chile 2003:17-28.
29. Barba-Evia J. Transfusión de sangre y sus componentes. Rev Mex Patol Clin 2004;51:97-118.
30. American College of Physicians. Clinical guideline. Practice strategies for effective red blood cell transfusion. Ann Intern Med 1992;116(5):403-6.
31. Recomendaciones para la terapia transfusional de sangre y sus componentes, 2º Consenso Nacional de Expertos en Medicina Transfusional. Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, A.C., Comité de Medicina Transfusional de la Agrupación Mexicana de Hematología, A.C. San Juan del Río, Qro. México 2003. Malagón-Martínez A, Berges-García AS, Bravo-Lindoro A, et al. 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 2003;139Supl3:44-73.
32. Gutiérrez Gómez C. Autotransfusión. Cir Plast 2004;14(1):40-43.
33. Abad-Hernández RM, 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.
34. Fernández Suárez LM, Monjotti Z. Hemodilución normovolémica intencional alternativa práctica para la transfusión homóloga de sangre en cirugía general y especializada. Rev Cubana Cir 2000;39:152-9.
35. Goodnough TL. The use of erythropoietin to increase red cell mass. Can J Anesth 2003;50:10-18.
36. Madjdpoor C, Spahn DR. Allogeneic red blood cell transfusions: efficacy, risks, alternatives and indications. Br J Anaesth 2005;95(1):33-42. doi:10.1093/bja/aei290.
37. Tena Tamayo C, Sánchez González JM. La transfusión sanguínea y los derechos del paciente. Rev CONAMED 2005;10(2):20-26.

Ginecología oncológica, 4^a ed.

624 págs. 21 x 27.5 cm. Tapa dura. © 2006, McGraw-Hill.

ISBN 970-10-5742-2

AUTOR: BEREK, Jonathan. Professor and Chairman, College of Applied Anatomy, Executive Vice Chairman, Department of Obstetrics and Gynecology, Chief Division of Gynecologic Oncology and Gynecology Service, Director UCLA Women's Reproductive Cancer Program, David Geffen School of Medicine at UCLA, UCLA Center for the Health Sciences. Los Angeles, California.

El cáncer cervicouterino es uno de los trastornos con mayor tasa de mortalidad en nuestro país. Esto se debe, entre muchas otras cosas, a la falta de información preventiva o de recursos de difusión sobre la importancia de su detección temprana para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado.

Esta falta de información a nivel masivo también se presenta a nivel de la clínica, ya que en muchas ocasiones los médicos practicantes desconocen o tienen un conocimiento anacrónico de algunos aspectos que se deben tomar en cuenta en el momento de la sospecha o diagnóstico de esta alteración ginecológica. Asimismo, a nivel de especialidad el área requiere estar al tanto de los últimos avances en ginecología oncológica, especialmente para los residentes de ginecología y obstetricia y oncología, en quienes la información sobre las nuevas estrategias de tratamiento forma parte esencial de su práctica clínica diaria.

Es así que el Dr. Jonathan Berek, uno de los especialistas más importantes de la UCLA, se compromete con esta edición de **Ginecología oncológica** a presentar una guía práctica para las estrategias actuales de valoración y tratamiento de pacientes con tumores malignos preinvasivos e invasivos en los órganos genitales femeninos, incorporando la información más reciente al tiempo que conserva el formato y estilo básico de las ediciones previas.

La obra se divide en cuatro secciones: principios generales, sitios de enfermedad, temas médicos y quirúrgicos, y calidad de vida, lo cual permite realizar un estudio sistemático y en orden para que el residente incorpore tales conocimientos a su práctica cotidiana, cubriendo de esta forma las necesidades de información indispensables para enfrentar este gran mal desde la importante trinchera de la clínica.