

TRABAJOS ORIGINALES

Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto.
Guantánamo. Cuba.



Dilema ético médico legal de la transfusión de hemoderivados en testigos de Jehová

Ethical medical and legal dilemma of the blood products transfusion in Jehovah witness

Dra. Irayma Cazull Imbert¹, Dr. Rafael Wilson Pérez², Dr. Antonio Márquez Fernández², Dr. Abdoul Aziz Hayo Moussa³, Dr. Alain Díaz Campo³

Resumen

Introducción: Cada vez es más frecuente en la práctica médica diaria encontrar a una persona testigo de Jehová que rechaza la transfusión de algún hemoderivado, independientemente del riesgo que esto produzca para su vida.

Objetivo: Ofrecer los fundamentos médicos, éticos y legales que sustentan el dilema de la transfusión de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová, así como el diseño de un sistema de medidas para minimizar este conflicto.

Método: Se transitó por dos momentos: descriptivo - transversal y la elaboración de la propuesta. Se realizó un muestreo intencional de 28 especialistas, por la mayor frecuencia de enfrentarse a esta problemática y por poseer un alto prestigio profesional, ético y científico.

Resultados: Son insuficientes los conocimientos sobre la conducta a asumir con estos pacientes en situaciones de emergencia, el uso de otras alternativas terapéuticas y los resultados de investigaciones libres o ahorradoras de sangre, por lo que debe incrementarse la motivación y la preparación de los profesionales para respetar, en la mayor medida posible, la abstención a la transfusión, temas que deben introducirse en el currículo de estudiantes y residentes.

Conclusiones: El sistema de medidas pretende evitar, disminuir o postergar el uso de hemoderivados, sobre la base del uso individualizado a partir de parámetros clínicos y humorales, adecuada preparación preoperatoria, hemostasia y uso de varias alternativas al unísono. Se recomienda divulgar estos resultados y validarlos en el hospital.

Palabras clave: hemoderivado, situaciones de emergencia, abstención a la transfusión, hemostasia.

Abstract

Introduction: Every time it is more frequent in the medical daily practice to find a Jehovah witness that rejects the transfusion of any blood products, independently of the risk that this produces for life.

Objective: To offer the medical, ethical and legal foundations that sustain the dilemma of the blood products transfusion in Jehovah witness patients, as well as the design of a measuring system in order to minimize this conflict.

Method: The investigation went through two moments: descriptive- traverse and the elaboration of the proposal. An intentional sample of 28 specialists was carried out, for the higher frequency of facing this problem and by possessing a high professional, ethical and scientific prestige.

Results: There is insufficient knowledge on the conduct to assume with these patients in emergency situations, the use of other therapeutic alternatives and the results of free investigations or blood thrifty, the motivation and preparation of the professionals in order to respect the abstention to the transfusion should be increase, as hard as possible, in the curriculum of students and residents.

Conclusions: The measuring system seeks to avoid, diminish or postpone the use of blood products, on the base of the individualized use starting from clinical and sanguine parameters, appropriate preoperative preparation, hemostasis and use of several alternatives at the same time. It is recommended to disclose these results and validate them in hospitals.

Key words: blood products, emergency situations, abstention to the transfusion, hemostasis.

¹ Doctora en Ciencias de la Salud. Especialista de Segundo grado en Medicina Interna. Intensivista. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Titular.

² Residente de segundo año de Medicina Interna.

³ Residente de primer año de Medicina General Integral.

Correspondencia: icazull@infosol.gtm.sld.cu

Introducción

Cada vez es más frecuente en la práctica médica diaria encontrar a una persona testigo de Jehová que rechaza la transfusión de algún hemoderivado, independientemente del riesgo que esto produzca para su vida y que exprese, además de sus razones religiosas, fundamentos médicos, legales y éticos para sustentar su convicción. Esto no es un hecho casual, son crecientes las congregaciones de testigos de Jehová en el mundo. Se conoce que más de 5 millones de ellos anuncian sus doctrinas en 230 países y que disponen de suficientes recursos financieros para difundir sus creencias, que les permiten imprimir más de 15 millones de ejemplares de sus revistas cada semana.¹

Es por tanto un reto actual para el trabajador de la medicina, contar con los argumentos médicos, bioéticos y legales que le permitan afrontar adecuadamente, con actualización, responsabilidad, sensibilidad humana y solidaridad las situaciones

clínicas que se les pueden presentar en el ejercicio de la profesión con estos pacientes.

Los testigos de Jehová, en obediencia a mandatos bíblicos rechazan la transfusión de sangre alogénica total o fraccionada, así como la sangre autógena que haya sido separada de su cuerpo. Si bien por una parte existe el amparo ético de respetar la autonomía del paciente y de disponer de su consentimiento para la toma de cualquier decisión en relación con su salud, por la otra están los principios de la beneficencia y la no maleficencia, que no justifican que el médico rechace alguna opción que puede salvar la vida.

La legalidad también ofrece aristas para la reflexión, ya que aunque se ha de respetar la libertad religiosa de las personas, los profesionales de la salud tienen la obligación de proteger y preservar la salud, aún en contra de la decisión de la persona.

La transmisión de enfermedades mediante las transfusiones y la variabilidad actual de umbrales de hemoglobina, volemia, transporte de oxígeno, así como los resultados de investigaciones libres o ahorradoras de sangre, es otro abismo abierto para la ciencia.

Entonces, es oportuno reflexionar:

- ¿Un paciente testigo de Jehová debe ser transfundido cuando cumple los criterios médicos para ello?
- ¿Qué conducta debe asumir el médico ante un paciente que se encuentra en una situación emergente que requiere transfundir y se niega a ello?
- ¿Conocen los profesionales de la salud, los preceptos médicos, éticos y legales que sustentan la transfusión de hemoderivados o su abstención en estos pacientes?
- ¿Se disponen de pautas estandarizadas en las instituciones de salud para utilizar otras alternativas de tratamiento y respetar el derecho de abstenerse de la transfusión que exigen estos pacientes?
- ¿Están adecuadamente preparados los médicos y el personal en formación para afrontar estos retos?

Con la pretensión de explorar criterios al respecto, valorar los documentos legislativos, los sustentos científicos de otras opciones terapéuticas y caracterizar el estado actual del abordaje de esta temática en profesionales del hospital Agostinho Neto de Guantánamo, se diseñó esta investigación con el objetivo de proponer alternativas para incorporarlas a la práctica diaria con vistas a contribuir a su solución, para lo cual se plantea el siguiente problema de investigación: ¿Cómo afrontar el dilema ético médico y legal de la decisión de transfundir hemoderivados a pacientes testigos de Jehová?

Objetivos

General

Diseñar un sistema de medidas para minimizar el dilema ético médico legal de la decisión de transfundir hemoderivados a pacientes testigos de Jehová.

Específicos:

1. Valorar los fundamentos de la transfusión de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová y la abstención a ello, así como los antecedentes de investigaciones que se relacionan con esta temática.

2. Identificar el criterio de especialistas respecto a los aspectos éticos, médicos y legales que se relacionan con esta práctica, la preparación de estudiantes y residentes en este sentido, así como las situaciones clínicas o quirúrgicas más frecuentes.
3. Identificar la relación que existe entre los años de experiencia profesional con la frecuencia de enfrentamiento a la decisión de transfundir a pacientes testigos de Jehová y el conocimiento sobre alternativas de tratamiento para evitar o minimizar la necesidad del uso de hemoderivados.

Material y método

La investigación transitó por dos momentos: el primero, de carácter descriptivo y transversal, se dedicó a valorar los fundamentos éticos, médicos y legales de especialistas respecto a la transfusión de hemoderivados en testigos de Jehová, la determinación de las situaciones clínicas o quirúrgicas más frecuentes, así como el conocimiento sobre alternativas de tratamiento para evitar o minimizar la necesidad del uso de hemoderivados. El segundo, expone el diseño de un sistema de medidas para afrontar esta práctica en la cotidianidad.

Métodos y técnicas empleados.

Se utilizaron los métodos que de forma imprescindible se emplean en todo proceso investigativo: el histórico – lógico, análisis y síntesis e inducción-deducción, necesarios para la valoración de los fundamentos de la transfusión de hemoderivados en testigos de Jehová y la determinación de sus regularidades y tendencias en investigaciones afines, así como para la elaboración del sistema de medidas propuesto.

Para el primer momento se utilizaron:

- Análisis documental. Se consultaron la constitución de la República de Cuba, el código de ética médica, el código civil y penal, leyes y resoluciones de Salud Pública vigentes en el país, programas de estudio de las diferentes asignaturas del currículo de pregrado y postgrado, así como, cartas circulares afines y textos disponibles para el desarrollo de los temas.
- Encuesta: Se aplicó un cuestionario semiestructurado a especialistas del hospital Agostinho Neto de Guantánamo para conocer sus criterios y experiencias en el manejo de la decisión de transfundir a testigos de Jehová.

En el segundo momento para la elaboración del sistema de acciones se emplearon del nivel teórico los métodos de modelación y enfoque sistémico:

En esta investigación se tuvieron en cuenta los aspectos éticos que se relacionan con las investigaciones biomédicas², tales como la autorización por el consejo científico del hospital Agostinho Neto, además del consentimiento informado de todos los que participaron en el estudio.

Población y muestra

Se realizó un muestreo intencional que se fundamentó en escoger de las especialidades que con mayor frecuencia tienen potencialidades de enfrentarse a este dilema, especialistas que, a juicio de los autores de la investigación, poseen un alto prestigio profesional, ético y científico, previo consentimiento. De esta manera se escogieron 30 médicos, y accedieron a participar 28, que constituyó la muestra del estudio.

Las variables que se estudiaron fueron las siguientes: Consideración de los especialistas sobre si debe transfundirse un paciente testigo de Jehová cuando

cumple los criterios médicos, frecuencia de enfrentamiento a la decisión de transfundir, especialidad médica, años de experiencia profesional, conducta que asumirían ante estos pacientes en situación emergente, preceptos que apoyan la transfusión, medidas para disminuir o postergarla, conocimiento de resultados de investigaciones que apoyan no transfundir aún en situaciones emergentes, consideración acerca de la preparación para afrontar adecuadamente estas situaciones por los residentes y estudiantes de medicina, así como sugerencias para mejorar su preparación.

Análisis y discusión de los resultados

Los fundamentos de la transfusión de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová deben analizarse desde el punto de vista médico, bioético y legal.

A continuación se valorarán las tendencias actuales de esta problemática, así como los resultados del estado actual en el hospital de Guantánamo y se propondrá un sistema de medidas para contribuir a minimizar sus consecuencias.

En la tabla 1 se muestra la consideración de los especialistas sobre si debe transfundirse a los pacientes testigo de Jehová cuando cumple los criterios médicos establecidos para ello. El 82.1 % es del criterio que debe hacerse.

Tabla 1. Consideración de los especialistas sobre si debe transfundirse un paciente Testigo de Jehová cuando cumple los criterios médicos. Guantánamo, 2011

Si		No		Total	
No	%	No	%	No	%
23	82.1	5	17.9	28	100

Fuente: Encuesta.

En contraste con la respuesta anterior, solo el 21.4 % de los especialistas encuestados reconoce que decide transfundir a un paciente en situación emergente aunque se niegue a ello. El 42.9 % planteó que establecería una buena relación médico paciente para persuadir a estos pacientes y lograr transfundirlos con su autorización, el 25 % no transfunde en aras de respetar la autonomía del paciente y el 3.6 % comunica a la comisión de ética médica hospitalaria y a la dirección del centro (tabla 2)

Tabla 2. Conducta que asumirían ante testigos de Jehová en situación emergente que se niega a transfundirse. Guantánamo, 2011

Conducta	Total	
	No	%
Buena relación médico paciente para persuadir	12	42.9
Respeto la autonomía del paciente	7	25
Transfunde	6	21.4
Comunica comisión ética y dirección hospital	1	3.6

Fuente: Encuesta.

Es necesario comentar que solo el 21.4 % de los encuestados asume la conducta correcta, y esto se fundamenta en lo siguiente:

La Constitución de la República de Cuba, en el artículo 8 plantea que el Estado reconoce, respeta y garantiza la libertad religiosa y que las distintas creencias y religiones gozan de igual consideración,³ pero más adelante en el capítulo VII Derechos, deberes y garantías fundamentales en el artículo 50 reconoce que todos los ciudadanos tienen el derecho a que se atienda y proteja su salud⁴ y en la Ley de Salud Pública⁵ se expresa:

Artículo. 18: Los métodos de diagnóstico que impliquen riesgo, se realizan con la aprobación de los pacientes, excepto en los menores de edad o incapacidad mental, en cuyos supuestos se requiere la autorización del padre, madre, tutor, o representante legal en su caso.

Artículo. 19: Las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos a pacientes, se realizan con la aprobación referida en el artículo anterior. No obstante en aquellos casos de carácter urgente, en los que peligre la vida del paciente, las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos, se hacen sin la aprobación antes consignada”.

Artículo 25.1. Está exento de responsabilidad penal el que causa un daño al obrar en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de su derecho, profesión, cargo u oficio o en virtud de obediencia debida.

El artículo 9.1. del capítulo II Los delitos intencionales y por imprudencia plantea: El delito puede ser cometido intencionalmente o por imprudencia. Es intencional cuando el agente realiza consciente y voluntariamente la acción u omisión socialmente peligrosa y ha querido su resultado, o cuando, sin querer el resultado, prevé la posibilidad de que se produzca y asume este riesgo.

El análisis al respecto hace coincidente el criterio de los autores de esta investigación con Rodríguez Vargas O y colaboradores,² que consideran que el médico tiene protección legal para no acceder al reclamo de estos pacientes cuando existe riesgo para la vida, aún cuando en la historia clínica esté reflejada la negativa del paciente a la transfusión de sangre por medio del consentimiento informado y de la directriz que ellos portan donde exoneran anticipadamente al médico de la responsabilidad ante cualquier daño que resulte de su negativa de aceptar sangre.

La tabla 3 muestra los preceptos que, a juicio de los médicos encuestados, justifican la transfusión de hemoderivados en testigos de Jehová en situación emergente. El 60.7 % sostiene que son los fundamentos médicos los que justifican actuar aún en contra de su voluntad, el 21.4 alega criterios éticos, el 21.4 % desconoce y el 10.7 asume que la legalidad lo apoya a ello.

Tabla 3. Preceptos que apoyan la transfusión de hemoderivados en testigos de Jehová en situación emergente. Guantánamo, 2011

Conducta	Total	
	No	%
Médico	17	60.7
Ético	6	21.4
Desconoce	6	21.4
Legal	3	10.7

Fuente: Encuesta.

A pesar de las bondades atribuidas a la transfusión de hemoderivados, su uso en muchos casos es un hecho controvertido. Son conocidas las múltiples complicaciones inmediatas que pueden producirse tras una transfusión alogénica, entre las que se citan la anafilaxia o la incompatibilidad de grupo y las tardías u ocultas que demoran o años en hacerse evidentes, sobre las cuales ha crecido el interés en su conocimiento por los reportes de infecciones bacterianas, virales o por priones y la inmunomodulación o inmunodepresión.

A pesar de la enorme preocupación que despiertan los virus el mayor riesgo infeccioso lo constituyen las bacterias, que no se incluyen en el tamizaje de rutina. En investigaciones dirigidas a cuantificar este riesgo la cifra es de 1:1000 a 1:2000. Los parásitos no son tamizados en ningún país del mundo. En zonas tropicales, por ejemplo en Nicaragua, entre el 15 y el 30 % de los donantes es portador de malaria. Aunque actualmente se proclama que la terapia transfusional es extremadamente segura, aún se reportan datos sobre transfusiones equivocadas: En Inglaterra este hecho es 10 veces más probable que la transmisión de una enfermedad infecciosa por esta vía. En Estados Unidos ocasionan 100000 de lesiones graves y 100000 fallecimientos cada año. A estas complicaciones se añaden la sobrecarga circulatoria que tiene implícita la transfusión que asciende al 10 % de los receptores, el síndrome de dificultad respiratoria y las anomalías metabólicas (hipoglicemia, hipocaliemia, hipercaliemia).⁶ Pero la otra arista de los fundamentos médicos se corresponde con los reportes que se relacionan al umbral de transfusional, al transporte de oxígeno, a la sobrevida de los pacientes, entre otros aspectos.

Respecto al límite de anemia para sobrevivir existen muchas investigaciones. No se justifica que aún existan médicos que se subordinen a la regla clásica "10/30" (Hemoglobina 100g/l, hematócrito 30 %), que provino de la experimentación en perros, con limitados datos en humanos y que se publicó en 1942, cuando se conoce de la variabilidad individual, la tolerancia a la anemia, la influencia de la comorbilidad, el uso de alternativas terapéuticas y el rol de la experiencia del galeno responsable del paciente, entre otros aspectos. Se le atribuye más importancia a mantener la perfusión y la euvolemia que a valores absolutos de hemoglobina

Hay dos ensayos que estudian las transfusiones en las unidades de cuidados intensivos (UCI), el ABC que incluyó más de 3500 pacientes de Europa Occidental y el CRIT con casi 5000 pacientes de Howard Corwin en 213 hospitales. El valor más común de hemoglobina pre-transfusión fue de 80 g/l y para pacientes con enfermedad cardiovascular fue 100 g/l.

No existe un límite científicamente comprobado para cada individuo. La tendencia actual indica que con 10 g de hemoglobina la transfusión no está indicada, por debajo 6 gramos está casi siempre indicada y entre ambos valores el juicio clínico de los riesgos de la oxigenación tisular inadecuada es esencial. En el hospital universitario de Chile 7 g es la norma convencional.

Se plantea que en la sangre almacenada hay bajos niveles de 2,3 DPG lo cual provoca gran avidéz de la hemoglobina por el oxígeno lo cual disminuye la entrega a las células, además existe un descenso de ATP en los glóbulos rojos que conlleva una pérdida de los lípidos de la membrana que convierte la forma de disco en esfera, lo cual le disminuye la sobrevida, los hace menos flexible y reduce el transporte de oxígeno en la microcirculación. El estudio de Hébert siguió a dos grupos de pacientes (con estrategia liberal de transfusión y estrategia restrictiva).

Estos últimos tuvieron menos mortalidad en UCI, hospitalaria y a los 30 días, así como una menor tendencia al fallo múltiple de órganos.⁷

Con relación a los aspectos éticos es necesario referirse al principio de la autonomía que se basa en la facultad de la persona para gobernarse por las propias reglas, simboliza el derecho moral y legal del paciente de tomar una elección libre de influencias externas, por más bienhechoras que sean para el paciente las intenciones del médico y de su propia familia. Constituye, además, la parte central en la concepción del consentimiento informado, el cual se basa en que el individuo en pleno uso de sus facultades, tiene la capacidad legal y el derecho para por sí mismo adoptar una decisión racional y correcta, estando en posesión de todos los elementos disponibles.²

Estos dos aspectos son medulares en el afrontamiento ético de este conflicto, ya que a las decisiones que de ellos se derivan se oponen otros dos principios éticos: La beneficencia y la no maleficencia: La primera es el deber de hacer el bien y la segunda significa prevenir y no infligir daños, de lo que se desprende que no se le está permitido, desde el punto de vista bioético a obedecer la solicitud de no transfundir a una persona si esto le provoca daño o la muerte, aunque sea esta su voluntad expresa.

La trascendencia de la decisión de transfundir en situaciones de emergencia, después que se hayan agotado todas las posibilidades terapéuticas, desmorona valores éticos reconocidos por la sociedad: el respeto a la dignidad humana y la libertad. Respetar el derecho de las demás personas a ser respetadas, considerar sus criterios y posiciones aunque no se compartan, pero que se entiende que representan un punto de vista moral⁸, así como la enunciación de libertad⁹ que se refiere al derecho a la libertad de opinión, elección y acción de las personas, no exoneran al médico de responsabilidad legal, por lo que no lo ampara para atender el reclamo religioso.

Estas contradicciones también son cotidianas en muchas partes del mundo. Un equipo de anestesiólogos del Instituto Nacional de Nefrología reporta¹⁰: "La negativa de un paciente a recibir una transfusión de sangre en un momento en el cual peligra su vida, hace que el médico enfrente un gran dilema ético ante el deber de salvaguardar la vida del paciente y el deber de respetar su libertad religiosa. No obstante, la tendencia actual en muchos países desarrollados (Inglaterra, Italia, Irlanda, EE.UU., Japón, Francia) y subdesarrollados (Argentina, Uruguay, Perú, Chile) es un tanto absolutista hacia el respeto de la autonomía del paciente, y se considera que la administración de sangre a un paciente que la ha rehusado es ilegal, inaceptable éticamente y puede resolverse en los tribunales".

En la tabla 4 se demuestra que la utilización de expansores plasmáticos constituye la medida más reconocida para estas situaciones (57.1 %), seguida del uso de eritropoyetina (28.6 %) y hemoglobina sintética (17.9 %)

Tabla 4. Medidas para disminuir o postergar la transfusión en testigos de Jehová. Guantánamo, 2011

Medidas	Total	
	No	%
Expansores plasmáticos	16	57.1
Eritropoyetina	8	28.6
Hemoglobina sintética	5	17.9
Hemodilución	1	3.6
Autotransfusión	1	3.6
Oxigenación hiperbárica	1	3.6

Fuente: Fuentes bibliográficas.

Los resultados anteriores pueden ser atribuidos a que el 67.9 % de los encuestados desconoce la existencia de investigaciones relacionada con esta temática. (tabla 5).

Tabla 5. Conocimiento de resultados de investigaciones que apoyan no transfundir aún en situaciones emergentes. Guantánamo, 2011

Si		No		Total	
No	%	No	%	No	%
9	32.1	19	67.9	28	100

Fuente: Encuesta.

Sin embargo, se reportan muchas experiencias en la práctica médica de manejo sin o con técnicas ahorradoras de sangre, las cuales deben conocerse por los profesionales de la salud para aplicarlas oportunamente y evitar minimizar el uso de hemoderivados. En 1984 se publicaron los resultados de cirugía a corazón abierto sin sangre en pacientes pediátricos.¹¹

En Cuba se han socializado los resultados de investigaciones relacionadas con el manejo anestésico en la cirugía correctora de escoliosis en el Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País¹² y en el Hospital Hermanos Ameijeiras,¹³ en afecciones de la cadera en el Hospital Vladimir Ilich Lenin de Holguín, en la cirugía cardiovascular en el cardiocentro Ernesto Che Guevara de Villa Clara,¹⁴ en la cirugía electiva en el hospital militar Carlos J Finlay,¹⁵ entre otros ejemplos.

En estos estudios se ha demostrado la utilidad de las medidas reconocidas en la tabla 7, a las que se añaden diferentes alternativas terapéuticas, tales como la hipotensión inducida, la hipotermia, la recuperación intraoperatoria de la sangre, el uso de soluciones transportadoras de oxígeno, de medidas para disminuir la pérdida de sangre perioperatoria como la administración de aprotinina, ácido épsilon aminocaproico, ácido tranexámico, desmopresina, sellantes o colas biológicas o químicas,

No existió una relación proporcional entre los años de experiencia profesional, la especialidad y la frecuencia de enfrentamiento al conflicto de transfundir o no a un paciente que se niegue a ello, no obstante el 53.5 % de los encuestados en algunas ocasiones se han visto inmersos en la disyuntiva de transfundir a un paciente testigo, lo que confirma que no es hecho infrecuente en la práctica cotidiana (tabla 6).

Tabla 6. Frecuencia de enfrentamiento a la decisión de transfundir según especialidad y años de experiencia profesional. Guantánamo, 2011

Espec.	10-19 años				20-29 años				30 y más						Total	
	Nunca		Algunas veces		Nunca		Algunas veces		Nunca		Algunas veces		Frec.			
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Anestes	1	14.3	1	14.3	3	42.8	1	14.3	-	-	-	-	1	14.3	7	100
Intensiv	1	20	-	-	-	-	3	60	-	-	1	20	-	-	5	100
Cirugia.	-	-	-	-	1	25	1	25	-	-	2	50	-	-	4	100
M. Inter	2	50	-	-	2	50	-	-	-	-	-	-	-	-	4	100
Ortoped	-	-	1	25	1	25	1	25	1	25	-	-	-	-	4	100
Ginecob	-	-	1	33.3	-	-	2	66.7	-	-	-	-	-	-	3	100
Hemat.	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-	-	-	-	-	1	100
Total	4	14.3	3	10.7	7	25	9	32.1	1	3.6	3	10.7	1	3.6	28	100

Leyenda. Anestes: Anestesiología; Intensiv: Medicina Intensiva; M. Inter: Medicina Interna; Ortoped: Ortopedia y traumatología; Ginecob: Ginecoobstetricia; Hemat: Hematología; Frec: Frecuentemente

En la tabla 7 se relacionan las situaciones en que más frecuentemente se produjo la necesidad de transfundir a estos pacientes. Las tres más frecuentes fueron los eventos hemorrágicos en relación con los casos maternos, ya sea en los abortos, post parto o post cesárea, los estados de shock y las intervenciones quirúrgicas de cualquier causa con grandes pérdidas hemáticas.

Tabla 7. Situaciones clínicas o quirúrgicas más frecuentes con necesidad de transfundir en testigos de Jehová. Guantánamo, 2011

Situaciones clínicas	Total	
	No	%
Hemorragia post aborto, parto o cesárea	7	25
Shock hipovolémico grado III y IV	6	21.4
Intervenciones quirúrgicas con grandes pérdidas hemáticas	5	17.8
Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica por sepsis y anemia	4	14.2
Politraumatizado	4	14.2
Sangrado digestivo alto	3	10.7
Tumor maligno	3	10.7
Gestante en el tercer trimestre con anemia	2	7.1
Severa inestabilidad hemodinámica y alteración cardiorrespiratoria	2	7.1
Anemia severa	2	7.1

Fuente: Encuesta.

En relación con la preparación de los residentes y estudiantes de medicina para afrontar adecuadamente estas situaciones el 85.7 % de los encuestados considera que no están adecuadamente preparados (tabla 8), no obstante el 100 % lo considera necesario e importante.

Tabla 8. Consideración acerca de la preparación para afrontar adecuadamente estas situaciones por los residentes y estudiantes de medicina. Guantánamo, 2011

Si		No		Total	
No	%	No	%	No	%
4	14.3	24	85.7	28	100

Fuente: Encuesta.

Predomina la sugerencia de incluir la particularidad de este tema en los contenidos de ética médica (42.9 %) Se consideran la inclusión por la vía curricular en otras asignaturas, mediante talleres y cursos electivos (tabla 9).

Tabla 9. Sugerencias para mejorar la preparación de los residentes y estudiantes de medicina. Guantánamo, 2011

Medidas	Total	
	No	%
Ética médica	12	42.9
Currículo de las asignaturas	8	28.6
Talleres	4	14.3
Cursos electivos	3	10.7

Fuente: Encuesta.

A continuación se propone el siguiente sistema de medidas para disminuir o evitar el uso de hemoderivados en estos pacientes.

Para pacientes que se someterán a tratamiento quirúrgico:

Preoperatorio:

- Realización de una adecuada evaluación preoperatoria que permita llevar en las mejores condiciones al paciente a la cirugía electiva, lo cual incluye determinación de hemograma, coagulograma completo, lámina periférica, hierro sérico y de urgencia hemograma y coagulograma mínimo.
- Evaluación y corrección oportuna de déficit subclínicos de hierro, vitamina B₁₂ y ácido fólico.
- Evaluación y corrección oportuna de los trastornos de la coagulación.
- Suspender tratamiento con Aspirina y anticoagulantes.
- Utilización profiláctica de ácido épsilon-aminocaproico para disminuir las pérdidas sanguíneas.
- Emplear hierro intravenoso y eritropoyetina para aumentar la masa eritrocitaria.
- Programación de la cantidad y calidad de cirujanos y anestesiólogos óptima para minimizar el tiempo quirúrgico.
- Planificación de las intervenciones complejas por etapas.
- Escoger, siempre que sea posible, intervenciones mínimamente invasivas.
- Estimular el depósito de sangre de sangre homóloga para la realización de autotransfusión.

Transoperatorio:

- Utilización de micromuestras y microanálisis para disminuir las pérdidas por flebotomías diagnósticas.

- Monitorización adecuada de las pérdidas hemáticas durante las intervenciones quirúrgicas.
- Evaluación adecuada del estado de perfusión y oxigenación de órganos vitales mediante la tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno de la hemoglobina, gasto urinario y monitorización electrocardiográfica.
- Mantener un adecuado volumen intravascular y tensión arterial mediante la administración de cristaloides y coloides.
- Garantizar adecuada hemostasia.
- Utilizar oportunamente la electrocauterización.
- Administración transquirúrgica de infusión continua de ácido épsilon amino caproico a 1gr/hora hasta el cierre de la piel.
- Protocolizar la realización de hemodilución e hipotensión controlada.
- Evaluar individualmente el umbral transfusional según parámetros clínicos y humorales.
- Realizar autotransfusión, si se requiere.

Postoperatorio:

- Evaluar individualmente el umbral transfusional según parámetros clínicos y humorales.
- Mantener a los pacientes en condiciones de cuidados intensivos para adecuada monitorización de sus funciones vitales.
- Usar micromuestras y microanálisis.
- Evaluar adecuadamente el estado de perfusión y oxigenación de órganos vitales. (ecocardiografía, saturación de oxígeno en sangre venosa mezclada).
- Utilización de hierro intravenoso y eritropoyetina.
- Minimizar las demandas de oxígeno del organismo.
- Administrar ozonoterapia.

Medidas ante hemorragias agudas:

- Controlar inmediatamente la hemorragia.
- Realizar cirugía precoz, si procede.
- Reposición dinámica del volumen intravascular con soluciones de cristaloides y coloides
- Utilizar agentes hemostáticos: Ácido épsilon amino caproico, vitamina K, vasopresina, directos.
- Colocar en posición de Trendelenburg y abrigar.
- Administrar dosis elevadas de eritropoyetina.
- Utilización de micromuestras para diagnóstico.

Conclusiones

A pesar del reconocimiento de la autonomía y el consentimiento informado del paciente para la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la legalidad cubana no admite que se omitan medidas que puedan salvarle la vida al paciente. Debe incrementarse la motivación y el nivel de conocimiento sobre las terapias alternativas a las transfusiones sanguíneas del personal de salud, con vistas a respetar, en la mayor medida posible, la abstención a la transfusión de los pacientes testigos de Jehová. Existen fundamentos éticos, médicos y legales relacionados con la transfusión de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová que deben ser de conocimiento de todo el personal de salud, así como los resultados alentadores de investigaciones libres o ahorradoras de sangre. Debe introducirse en el currículo

estos temas para que les permitan a los estudiantes y residentes comprender estas situaciones y afrontarlas en el futuro adecuadamente. Se propone un sistema de medidas para evitar, disminuir o postergar el uso de hemoderivados, sobre la base del uso individualizado a partir de parámetros clínicos y humorales, adecuada preparación preoperatoria, hemostasia y uso de varias alternativas al unísono.

Referencias Bibliográficas:

1. Rodríguez Vargas O, Pi Gómez A, Soto Mena V, Sotolongo Suárez L. Testigos de jehová y el consentimiento Informado en la práctica anestesiológica. Rev Cubana Anestesiol Reanim [revista en internet]. 2009 [citado 17 abr 2011];8(3): [aprox. 6 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1726-67182009000300004&script=sci_arttext
2. Penchaszadeh VB. Ética de las investigaciones biomédicas en un mundo globalizado. En: Acosta Sariego JR, editor. Bioética para la sustentabilidad. Edición Centro Félix Varela. La Habana: Editorial Linotipia Bolívar; 2002. p. 439-54.
3. Fundamentos políticos, sociales y económicos del Estado: En Constitución de la República de Cuba. Tercera reimpresión. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 2001. p.5.
4. Derechos, deberes y garantías fundamentales: En Constitución de la República de Cuba. Tercera reimpresión. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 2001. p.24.
5. Gaceta Oficial de la República de Cuba. No. 61 Año LXXX. Ciudad de La Habana. Agosto 1983: 967.
6. Zamudio Villaroel I. Riesgos asociados al uso de sangre alogénica. En: Zamudio I, Mena P, Cardemil G. Manejo alternativo a la transfusión en situaciones de urgencia. Chile : ATP, Hospital Clínico, Universidad de Chile; 2003. p.10, 12-13
7. Pedraza GE. Técnicas de conservación sanguínea y medicina sin sangre en UCI. En: Zamudio I, Mena P, Cardemil G. Manejo alternativo a la transfusión en situaciones de urgencia. Chile : ATP, Hospital Clínico, Universidad de Chile; 2003. p.26-27
8. Amaro Cano MC. Ética médica y bioética. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2009. p.102.
9. Fundamentos políticos, sociales y económicos del Estado: En Constitución de la República de Cuba. Tercera reimpresión. La Habana: Editorial Pueblo y Educación. 2001. p.103.
10. Muradás Augier M, García Rojas R, Pérez Delgado Y, Sotolongo Molina Y, Vigoa Sánchez LP. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas de la terapia transfusional en el paciente Testigo de Jehová. Rev Cubana Cir [revista en internet]. 2008 [citado 17 abr 2011];47(1): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol47_1_08/cir16108.htm
11. Kawauchi A, Bergsland J. Subramanian S. Cirugía a corazón abierto sin sangre en el grupo de edad pediátrica. Circulation. 1984;70(Supl. I):30-37

12. Cerruela García G, Illodo Hernández JL, García ASristi AL, Manejo anestésico en la cirugía correctora de escoliosis Rev Cubana Ortop Traumatol [revista en Internet] 2005 [Citado 20 Sep 2012];19(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X2005000200007&script=sci_arttext
 13. Aguado Barrera OM, Fleite Marrero E. Anestesia para la corrección quirúrgica de una escoliosis severa en un paciente testigo de Jehová. Rev Cubana de Anestesiología y Reanimación [revista en Internet]. 2003 [Citado 17 Abr 2011];2(3):27-30. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol2/no3/index.htm>
 14. González Alfonso O, Hidalgo Menéndez PA. Técnicas actuales para la cirugía cardiovascular. Rev Cubana de Anestesiología y Reanimación [revista en Internet]. 2007 [Citado 20 Sep 2012];6(1):44-62. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/vol6/no1/scar07107>
 15. García García E, Rodríguez Casas E, Raola Sánchez ME, Sánchez Rodríguez K. Consumo de transfusiones sanguíneas en operaciones realizadas por el servicio de Cirugía General. Rev Cubana de Anestesiología y Reanimación [revista en Internet]. 2007 [Citado 20 Sep 2012];6(3):44-62. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/scar/scar06/03/07/scar06307>
-

Irayma Cazull Imbert. Hospital General Docente Dr. Agostinho Neto. Guantánamo. Cuba. Dirección electrónica: icazull@infosol.gtm.sld.cu

Recibido: 12 de octubre de 2014

Aprobado: 14 de abril de 2015
