



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**SECRETARIA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA LEGAL**

**“TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN TESTIGOS DE JEHOVÁ; ASPECTOS Y
CONFLICTOS RELIGIOSOS-ÉTICO-MÉDICO-LEGALES, ACTUALES EN EL
DISTRITO FEDERAL”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN SOCIOMÉDICA

PRESENTADO POR DRA. IRASEMA MURILLO OLGUIN

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

**DIRECTORES DE TESIS
DR. ESAÚ VELASCO GUZMÁN
LIC. ENRIQUETA BEJARANO SÁNCHEZ**

-2014-

**TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN TESTIGOS DE JEHOVÁ; ASPECTOS Y
CONFLICTOS RELIGIOSOS-ÉTICO-MÉDICO-LEGALES, ACTUALES EN EL
DISTRITO FEDERAL**

Dra. Irasema Murillo Olguin

Vo. Bo.

Dr. Víctor Hugo Soto Flores

Titular del Curso de Especialización en Medicina Legal

Vo. Bo.

Dr. Antonio Fraga Mouret

Director de Educación e Investigación

**TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA EN TESTIGOS DE JEHOVÁ; ASPECTOS Y
CONFLICTOS RELIGIOSOS-ÉTICO-MÉDICO-LEGALES, ACTUALES EN EL
DISTRITO FEDERAL**

Dra. Irasema Murillo Olguin

Vo. Bo.

Dr. Esaú Velasco Guzmán

Director de Tesis
Médico legista, adscrito a la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

Vo. Bo.

Lic. Enriqueta Bejarano Sánchez

Directora de Tesis
Jefa del Área Jurídica del Hospital General Xoco,
de la Secretaria de Salud del Distrito Federal.

DEDICATORIA

Dedico este proyecto a mi madre, por ser el pilar más importante de mi vida y por demostrarme siempre su cariño y apoyo incondicional; a mis hermanos, a mi tía y a mi pareja por su cariño e incondicional apoyo mantenido a través del tiempo. A mis asesores: Lic. Bejarano, Dr. Esaú y Dr. Lazcano por creer en mí y en el tema, a pesar de que muchos lo reprobaron y lo trataron de intrascendente e inadecuado, sin su ayuda no hubiera sido posible llevarlo a cabo. A mis profesores por la sabiduría que me transmitieron en el desarrollo de mi formación profesional. A mis compañeros de residencia porque su interés y amor por la especialidad nos impulsó a no ser conformistas y a buscar nuevos caminos. Y a todos aquellos que participaron directa o indirectamente en la elaboración de este proyecto.

¡Gracias a ustedes!

ÍNDICE

I.	INTRODUCCIÓN	9
II.	MATERIAL Y MÉTODO	29
III.	RESULTADOS	34
IV.	DISCUSIÓN	75
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
VI.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

RESUMEN

Objetivo: Identificar los aspectos y los conflictos religiosos, ético, medico, legales, que se presentan actualmente en el Distrito Federal relacionados con la transfusión sanguínea en testigos de Jehová, en el paciente y en el medico.

Material y Métodos: Se realizó un estudio hibrido a través de análisis del discurso de dos casos de pacientes testigos de Jehová que estuvieron expuestos a la problemática; identificándose y analizándose los conflictos surgidos y su significado; y por medio de un estudio observacional, analítico, descriptivo, transversal y prospectivo de 50 encuestas aplicadas a médicos, se identificaron los conflictos y el significado que representa para ellos.

Resultados: En los casos clínicos se identificaron conflictos religiosos, éticos, médicos, legales, y además morales, administrativos y económicos; en ambos los pacientes rechazaron el tratamiento quirúrgico por la implicación de transfusiones sanguíneas; solo uno logró resolverse utilizando hematinicos y recuperador celular.

En el caso de las encuestas, 66% de los médicos refirió contar con al menos una alternativa a transfusiones, 76% las considero como insuficientes; 40% manifestó haber sufrido algún conflicto, de los cuales 60% no lograron resolverse; 80% de los significados del conflicto fueron sentimientos negativos (frustración, impotencia, enojo, apatía, menosprecio); las propuestas emitidas para solucionar el problema fueron informar al paciente, contar con legislación específica y crear Hospitales exclusivos.

Conclusiones: Los pacientes testigos de Jehová siguen siendo un reto para el área médica; su rechazo a las hemotransfusiones genera múltiples conflictos. Es necesaria una actitud conciliatoria propositiva y una negociación de paradigmas entre el paciente, familiares, congregación religiosa, médicos e institución, apoyados por una difusión de las alternativas existentes en cada centro hospitalario. Así como mayor participación del estado para dotar y capacitar con alternativas más eficientes a la red hospitalaria y establecer una legislación clara y específica acerca del tema.

Palabras clave: testigos de Jehová, transfusión sanguínea, ética médica.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

En la historia de la transfusión, el uso de la sangre ha sido necesidad indispensable para el tratamiento de casos cada vez más complejos y de mayor riesgo. Su importancia como medio de salvar vidas humanas quedó patente durante la segunda Guerra Mundial y, a partir de entonces, pronto pasó a incorporarse a las funciones hospitalarias normales, convirtiéndose en apoyo de numerosas ramas de la medicina clínica y quirúrgica. ¹

La disponibilidad de la sangre y sus componentes es un asunto de orden público e interés nacional porque es un bien irremplazable y necesario, cuya única fuente de obtención es el ser humano y debe emplearse en condiciones de equidad, raciocinio y humanidad. Siendo obligación de las instituciones sanitarias públicas y los profesionales que en ellas trabajan, velar por la vida y la salud de los pacientes, sin embargo, en el contexto de la relación clínica, nos podemos encontrar ante la circunstancia de que un paciente rechace como tratamiento la administración de hemoderivados, basándose en motivos religiosos y de creencias, como sucede con los Testigos de Jehová. ^{2,3}

Creando un conflicto asistencial, que la medicina actual afronta, consecuencia de la pluralidad ideológica y religiosa de nuestra sociedad; siendo uno de los

ejemplos más interesantes de la oposición entre el deber de beneficencia de los médicos y la libertad de creencias religiosas; provocando interesantes discusiones jurídicas y morales acerca de los límites de la autonomía personal, la competencia del Estado para intervenir en la salud de los enfermos en contra de su voluntad y en la delimitación de las relaciones entre los médicos y los pacientes. ⁴

Convirtiendo la atención y el tratamiento de estos pacientes en un reto, principalmente para anestesiólogos y cirujanos, que han de buscar alternativas a la transfusión y enfrentar las creencias, valores y derechos de los pacientes con los propios. Surgiendo situaciones de conflicto, los cuales todavía no han alcanzado una respuesta suficientemente satisfactoria. ⁵.

Aspectos Médico-clínicos.

La sangre humana es la única fuente de eritrocitos, plaquetas y plasma, e incluye los factores de la coagulación. La transfusión es una forma simple de trasplante de órgano ya que se transfiere de un donante a un paciente, para corregir temporalmente una deficiencia o alteración de una función. ⁶

El cuerpo humano contiene aproximadamente de 500 a 600ml por kilogramo de peso de líquido total, de esto, sólo un 11 a 12% del total corresponde al volumen sanguíneo, es decir, 60 a 66ml por kilogramo peso. Ante una pérdida severa de sangre, el cuerpo humano responde mediante ciertos mecanismos de defensa para el mantenimiento adecuado de su perfusión tisular y volumen sanguíneo. Sin embargo, estos mecanismos compensatorios son ineficientes cuando existe una pérdida mayor del 15% de volumen sanguíneo total, pudiendo desarrollar una disfunción multiorgánica de carácter irreversible.⁷

En su ausencia, el tratamiento de hemorragias graves resultaría difícil o imposible convirtiendo este procedimiento, en indispensable para las especialidades de urgencias, anestesiología, ortopedia y cirugía y ginecología. Así como también, es importante su participación en ciertos trastornos hematológicos, como la talasemia, la hemofilia, la leucemia y la anemia aplásica los cuales, serían imposibles de tratar eficazmente sin el apoyo de un servicio de transfusión.

Sin embargo, no es un procedimiento libre de riesgos; los cuales van desde los leves como las reacciones transfusionales o hemolíticas, (fiebre, escalofríos, urticaria; entre el 1 y 5%) hasta las muy graves que incluso pueden provocar la muerte con la hemólisis aguda postransfusional (1:33 000). Riesgo de contagio

de enfermedades víricas: Hepatitis B (1:200 000) y C (1:30 000), Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH: 1:450 000-660 000) e infecciones bacterianas y parasitarias (1:33 000). Y aunque actualmente, los daños provocados son menores, aun son latentes. ³

Además se han encontrado notables inconsistencias entre las prácticas de la transfusión sanguínea, observando grandes variaciones en el uso de sangre para el mismo procedimiento. Estas diferencias no solo son aparentes entre países, sino también entre hospitales en el mismo país y aún entre diferentes equipos de cirujanos en el mismo hospital. ¹

Utilizar o no sangre o hemoderivados implica una situación compleja que debe resolverse teniendo en cuenta conocimientos actualizados y algunos factores como: estado del paciente y estabilidad, morbilidad concomitante, tipo de intervención quirúrgica, estimación de la probable pérdida sanguínea, reacciones adversas, riesgos y preocupación del afectado por su situación adversa o rechazo a la transfusión de sangre. ⁸

Y a pesar de que la *lex artis* médica especifica las indicaciones para realizar transfusiones sanguíneas, convirtiéndolas en medidas prioritarias para algunos

programas como el ATLS (por sus siglas en inglés Advanced Trauma Life Support) y las Guías Europeas para control del sangrado; actualmente, la medicina transfusional está en un estado constante de fluidez y dinámica progresiva, que impulsa al constante planteamiento de nuevos enfoques hemoterapéuticos.

La tendencia mundial es restringir en lo posible su uso y derivados alogénicos, teniendo en cuenta el riesgo asociado, los problemas de biodisponibilidad, ciertas creencias religiosas y la mejor comprensión de los mecanismos compensadores de la anemia.¹

Actualmente se sabe que la pérdida de hemoglobina en forma aguda hasta de 4-5 g/dL, puede ser bien tolerada, manteniendo una adecuada isovolemia y no se muestran signos de hipoxia, gracias a los mecanismos de compensación basados en la disminución de las resistencias vasculares sistémicas y el incremento de la frecuencia cardíaca; pudiéndose entonces disminuir el punto de corte de 10 g/dL de hemoglobina para indicar una transfusión.⁶

Y numerosas investigaciones sugieren nuevas aplicaciones terapéuticas: ^{9, 10, 11}

• **Medicamentos que estimulan el crecimiento y desarrollo de las células sanguíneas:**

- Para glóbulos rojos: eritropoyetina recombinante (Recormon, Hemax, etc)
- Para glóbulos blancos: factor recombinante estimulador de las colonias de granulocitos y macrófagos (Filgrastim, Neupogen, Molgramostim, Leucomax, Leucotropin, Sargramostim, Leukine).
- Para plaquetas: Interleuquina-11 recombinante; trombopoyetina recombinante, etc.
- Para promover la coagulación (agentes hemostáticos): Acido aminocaproico, Acido tranexánico, Aprotinina, Desmopresina, Vasopresina, etc.
- Para controlar la hemorragia en heridas abiertas (agentes hemostáticos tópicos): compresas, polvos, pastas, esponjas, soluciones, mallas apósitos (Actifoam, Gelfoam, Oxichel, Surgicel, Thrombogen, Thrombostat, etc).
- Para promover la hemostasia y sellar los tejidos (adhesivos tisulares): cola de fibrina (Tisseel, Histoacry Blue, Dermabond, Indermil, etc.)
- Para promover la producción de ciertos factores de coagulación: Vitamina K
- Para tratar la hemofilia (factores antihemofílicos recombinantes): Factor VII recombinante, factor VIII recombinante, factor IX recombinante (Niasase, Novoseven, Kogenate, ReFacto, Benefix).
- Para expandir el volumen plasmático y transportar oxígeno (sustitutos de la sangre): los perfluorocarbonos –PFC-, la hemoglobina recombinante (Oxygent, Oxyfluor, PHP, HemAssist, Hemolink, PlyHeme).

- **Técnicas médicas y quirúrgicas para minimizar el uso de sangre alogénica:**

- Planificación preoperatoria, cirugía inmediata, hemostasia quirúrgica meticulosa, oclusión de vasos sangrantes, embolización arterial, hipotensión controlada, anestesia hipotensora, hipotermia controlada, restauración inmediata de la normotermia, aceptación de niveles menores de hemoglobina, radiocirugía, criocirugía, endoscopia, laparoscopia, micromuestras sanguíneas, etc.
- Técnicas autólogas como donación preoperatoria de sangre autóloga, hemodilución, secuestro de componentes autólogos, gel de fibrina autóloga.

- **Instrumentos máquinas y métodos que evitan la pérdida de sangre durante la operación:**

- Electrocauterio, electrocirugía, laceres, bisturí de microondas, bisturí ultrasónico, coagulador de rayo argón, radiocirugía, cell saver, cámara hiperbárica de oxígeno, etc.

Dos alternativas merecen especial interés, la hemodilución normovolemica y la maquina recuperadora de células o cell saver. La primera consiste es una técnica fácil y de alto impacto, en la cual al principio del procedimiento quirúrgico, la sangre entera se retira del enfermo hasta lograr un hematocrito del 14-15% y se reemplaza con volumen triple de una solución equilibrada de electrolitos, para mantener el volumen intravascular. Esta sangre diluida es transparente, proporcionando al cirujano un campo más claro, lo que puede reducir el tiempo operatorio. Se mantiene al enfermo bajo hipotensión controlada con hálotan anestésico y un narcótico complementario. Una vez que haya cesado la hemorragia importante, se reinfunde la propia sangre del enfermo.

Por su parte el recuperador celular, es un procedimiento de autotransfusión intraoperatoria, mediante el cual la sangre se aspira de la zona quirúrgica, se filtra, anticoagula y mantiene para su reinfusión con una mínima lesión a las células. La sangre puede ser aspirada directamente desde una cavidad corporal, de la herida, o bien recuperada de los paños y gasas. La sangre no se recupera si se ha utilizado colágeno microfibrilar para la hemostasia, ya que este no puede lavarse cuando se procesa la sangre y puede predisponer al paciente a desarrollar coagulación intravascular diseminada o un síndrome de dificultad respiratoria del adulto. Además la sangre contaminada con organismos entéricos o líquido amniótico no se recupera, tampoco la de pacientes con infecciones sistémicas.

Existen varios sistemas, el más sofisticado es el procesador automatizado, la sangre es aspirada a través de un tubo de doble luz. Una solución de anticoagulante se mezcla con la sangre en el extremo final de la punta del tubo. El aspirado pasa a través de un filtro de 140 micrómetros antes de entrar en el depósito de almacenamiento, que elimina grasa y residuos. Cuando se ha acumulado una cantidad suficiente para ser procesada, la sangre se bombea a una cubeta centrifuga, en donde se separan los hematíes del plasma, plaquetas, leucocitos y otros residuos incluyendo el anticoagulante. Los

hematíes se lavan con solución salina fisiológica, y se bombean a una bolsa de reinfusión. Cada bolsa contiene alrededor de 250ml de hematíes empacados y lavados con un hematocrito del 50-55% listos para reinfusión IV. El ciclo entero requiere de 3 a 7 minutos.

Otros métodos más sencillos y económicos son el de recolección por canastilla (la sangre se aspira y anticoagula como en el anterior, posteriormente se recupera en un depósito con forro desechable; cuando se llena o al final de la operación, se quita el forro y el contenido se lava en una centrifuga estándar de hematíes antes de ser reinfundido. La centrifuga no está incluida a la canastilla) y el de bolsa (un anticoagulante, generalmente citrato, se añade a la sangre extraída directamente en una bolsa de transfusión de autocontenido de un solo uso. La sangre no se lava. Se reinfunde a través de un filtro hemático).¹²

Estos avances están siendo permanentemente analizados en congresos nacionales e internacionales, en México se han realizado dos congresos: el I Congreso Iberoamericano de Alternativas Médicas a la transfusión sanguínea y el II Congreso Iberoamericano de Medicina y Cirugía sin sangre, el primero en Octubre de 1999 y el segundo en noviembre del 2000; en los cuales se ha aportado la experiencia de médicos que realizan medicina y cirugías sin sangre.

El éxito de las alternativas dependerá de la experiencia del clínico y de las combinaciones que este realice.⁹

Sin embargo, es importante mencionar, que dichas alternativas, que incluso llegan a ser exigidos por el paciente y sus familiares, suponen un problema importante, ya que en la mayoría de las ocasiones no están disponibles o son inexistentes en Hospitales Públicos.

Aspectos Religiosos.

La religión de los Testigos de Jehová es un movimiento religioso cristiano, fundado en los EE.UU. en la década de 1870. Los miembros de esta fe tienen fuertes creencias basadas en pasajes de la Biblia que se interpretan como una prohibición de «consumo» de sangre. Creen que una vez que la sangre ha sido eliminada de su cuerpo es "Sucia" y debe ser desechada.

Este movimiento se encuentra presente en 236 países; el total de miembros, en 1993, era de 2.5 millones y, en el 2008, de 7.1 millones. Proclaman su doctrina en 430 idiomas. En México se encuentran establecidos desde hace 60-70 años; entre 1976-1989, había alrededor de 100,000 miembros y, en agosto de 1999, 525,230, según los resultados del último Censo de Población y Vivienda 2010,

se registró un total de 1, 561, 086 adeptos en todo el país y en el Distrito Federal un total de 85,401 miembros.^{13, 14,15}

Su refutación a la transfusión sanguínea se apoya en los textos bíblicos del Génesis 9:3-4; Levítico 3:7, 17:10 y 17:13-14; Deuteronomio 12:23-25 y, Hechos 15:19-20; 1,2, que recomiendan a los fieles a abstenerse de comer carne teniendo en cuenta que tiene un alma, y que la asimilación de sangre en el organismo por la boca o las venas sería violar la ley de Dios.

Los Testigos de Jehová afirman que el alma del ser humano se encuentra en la sangre y, como tal, no puede ser transmitida a otra persona. Si eso sucediera, se estaría desobedeciendo el mandamiento de amar a Dios, lo que los llevaría a perder la posibilidad de ingresar al cielo y la exclusión de su comunidad religiosa. Ya que cuando el adepto se une a esta religión, tiene que aceptar, sin contestación, todos los preceptos enseñados y evitar pensamientos independientes.

Si llegara a cometer una transgresión, tendría que presentarse a una audiencia, a puerta cerrada, con un Consejo de Administración, formado por tres ancianos o predicadores. Dicho consejo puede amonestar privadamente al transgresor;

suspender sus privilegios religiosos, censurarlo públicamente durante la reunión semanal, o expulsarlo. En caso de expulsión, los otros miembros de la religión tendrían que romper sus relaciones personales con el disociado, incluso, hasta el punto de evitar un sencillo saludo o ponerse en contacto con familiares cercanos (padres, hijos o cónyuge).^{15, 16}

Los testigos de Jehová rechazan la sangre y sus componentes primarios, pero aceptan la mayoría de los tratamientos, técnicas y procedimientos quirúrgicos y anestésicos, como la hemostasia y agentes terapéuticos que no contengan sangre. Por ejemplo: expansores de volumen no sanguíneo como cristaloides y coloides. Los derivados tales como las inmunoglobulinas, factores de coagulación, albúmina, etc, son una cuestión de elección individual del paciente. Cuentan con tarjetas llamadas “Directriz Anticipada”, en las cuales especifican sus deseos con respecto a las transfusiones.^{17,18,19}

Aspectos éticos.

La ética en la transfusión de sangre es muy importante. En esta situación convergen dos grandes intereses: el del paciente y su familia y el del médico, que entiende que su deber es salvar la vida de su paciente. El rechazo se sustenta en el derecho de libertad religiosa, que es definida como la libertad para tomar decisiones morales acerca de acciones concretas, normalmente

basadas en el código moral al que la persona se adhiere como consecuencia de su sistema de pensamiento o de su opción religiosa. La discusión surge cuando no existe una alternativa de tratamiento, en situaciones de emergencia.^{20,2}

Presentándose entonces un conflicto de valores. En el que se enfrentan dos bienes fundamentales: la libertad para aceptar o rechazar un tratamiento médico (principio de autonomía) y el deber del médico de salvaguardar la vida del enfermo dispensando los tratamientos necesarios (derecho a la vida). Y es que la base de la ética médica reside en el deber del médico hacia su paciente. Es su responsabilidad realizar el acto médico en forma diligente y responsable.^{3, 22}

El acto médico, es toda actividad lícita, desarrollada por un profesional médico, legítimamente capacitado, sea en su aspecto asistencial, docente, investigador, pericial u otros, orientado a la curación de una enfermedad, al alivio de un padecimiento o a la promoción integral de la salud. Se incluyen actos diagnósticos, terapéuticos o de alivio del sufrimiento, así como la preservación y promoción de la salud, por medios directos e indirectos.

El conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar dicha conducta son estudiados por la deontología médica y sus principios (de razonable seguridad, información, sustentación clínica, de participación, formalidad y de buena fe o in dubio pro médico) Siendo el cuidado de la salud

del individuo y de la comunidad uno de los deberes primordiales del médico. Y el resto de los principios de la bioética, como el de beneficencia (el médico debe actuar procurando el bien del paciente, pero la medida de esa bondad se determina, no por lo que el médico crea beneficioso para el paciente, sino por lo que éste estime como tal), el de no maleficencia (constituye la obligación del médico de no hacer daño, tanto físico como moral) y el de justicia (los recursos asistenciales son limitados y deben repartirse equitativamente, evitando "privilegios terapéuticos").^{3, 4, 20,22}

Aspectos Legales

La actitud de los abogados penalistas con respecto a esta conflictiva situación médico-legal ha sido ambivalente oscilando desde los que consideran que: "Respetar todos los credos religiosos es una cosa, y permitir el desarrollo de la intolerancia y el fanatismo hasta poner en peligro la vida humana es otra" hasta los que dicen que: "...No quiero decir que el médico esté obligado por la opción del paciente a hacer algo que esté en contra de la conciencia del médico, Sí quiero decir que el paciente no está obligado por la conciencia del médico a hacer algo que sea contrario a la opción del paciente, y por consiguiente el médico puede tener el derecho y la opción de no hacer nada. La ley de consentimiento informado quedaría sin significado si la opción del paciente tuviera que ceder al juicio de la conciencia médica".¹⁵

El planteamiento de la conflictiva tiene, además, variantes dependiendo de la legislación vigente en cada país. Concretamente en México, las leyes implicadas son ²³⁻³⁴:

✓ **La Declaración Universal de los Derechos Humanos** de 1948

Derecho a la vida y a la libertad.

✓ **La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos**

- Art. 4.: Derecho a la protección de la salud.
- Art. 24. Derecho a para profesar la creencia religiosa que más agrade.

✓ **El Código Penal Federal**

- Art 15: Causas de exclusión del delito
- Art. 228: Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión.
- Art. 229: Abandono del tratamiento del paciente sin causa justificada o aviso a autoridad competente
- Art. 288: Definición de Lesión
- Art. 303: Características que debe de cumplir una lesión para que se contemple como mortal.

✓ **El Código Civil Federal**

- Art. 6: La voluntad de los particulares no puede eximir de la observancia de la ley, ni alterarla o modificarla
- Art. 23: Restricciones a la personalidad jurídica: minoría de edad, estado de interdicción y demás incapacidades establecidas por la ley.

- Art. 24: El mayor de edad y su facultad para disponer libremente de su persona y de sus bienes.
- Art. 1910: Daño a terceros.
- Art. 1916: Definición de daño moral.

✓ **La Ley General de Salud**

- Art 2: Derecho a la protección de la salud.
- Art. 23: Definición de servicios de salud.
- Art. 32: Definición de atención médica.
- Art. 55: Prestación de servicios de salud por parte de personas o instituciones públicas o privadas que tengan conocimiento de accidentes o de que alguna persona requiera de la prestación urgente de atención médica.
- Art. 469: Negativa del médico a prestar asistencia a una persona en caso de notoria urgencia.

✓ **El Reglamento de la Ley General de Salud**

- Art. 9.- La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.
- Art. 71.- Obligación de los establecimientos públicos, sociales y privados de brindar servicios de atención médica a todo usuario, en caso de urgencia que ocurra en la cercanía de los mismos.
- Art. 72.- Definición de urgencia.
- Art. 73.- Obligación del responsable del servicio de urgencias del establecimiento, para 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 su traslado.
- Art. 80.-Consentimiento informado.

- Art. 81.- Consentimiento informado en caso de urgencia o cuando el paciente se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente.

✓ **La Ley General de Profesiones**

- Art. 33: Obligación del profesionista a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente.

✓ **Las Normas Oficiales Mexicanas**

- NOM 003-SSA2-1993. "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos" y su modificación con NOM-253-SSA1-2012
- NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico y su reforma la NOM-004-SSA3-2012.

✓ **Las Recomendaciones para la Atención de Pacientes Testigos de**

Jehová: emitidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Secretaría de Gobernación, el Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Academia Mexicana de Cirugía, la Comisión Nacional de Bioética y de la Academia Nacional Mexicana Bioética.

Las cuales aunque numerosas, son inespecíficas y con elementos que respaldan tanto a médicos como a pacientes, sin llegar a plantear soluciones; las cuales no debe estar limitadas a adultos competentes, que deciden no transfundirse, si no también, para el paciente pediátrico y la mujer embarazada, los cuales añaden otra capa de complejidad a la gestión, mucho menos clara.

Estudios Previos

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo de 767 expedientes con quejas por negativa de atención médica de pacientes Testigos de Jehová, relacionadas con el rechazo a recibir hemotransfusión y su percepción del problema, de 2000 a 2003. 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 65.2% el problema de salud se resolvió en unidades médicas distintas a la inicial, 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.³⁴

Este complejo mundo de las trasfusiones sanguíneas en los testigos de Jehová, lleno de información superflua, dispersa y contradictoria, el cual todavía no han

alcanzado una respuesta suficientemente satisfactoria, ni unánimemente aceptada, fue la motivación de este proyecto.

Planteamiento del problema

La negación de las transfusiones sanguíneas por los testigos de Jehová, ocasiona graves problemas de diversa índole, algunos de los cuales todavía no han alcanzado una respuesta suficientemente satisfactoria, ni unánimemente aceptada, al menos no en México y de manera específica en el Distrito Federal. De lo que deriva la siguiente pregunta: ¿Cuáles son los aspectos y los conflictos, religiosos-ético-médico-legales que se presentan actualmente en el Distrito Federal, relacionados con la transfusión sanguínea en Testigos de Jehová, desde el punto de vista del paciente y del médico?

Justificación

Este proyecto se sustenta en el uso tan común y necesario de las transfusiones sanguíneas, la escasa o nula existencia de alternativas a estas y el incremento en el número de seguidores de la religión testigos de Jehová; en el reto que significa la atención de estos pacientes; en la existencia de información superflua, dispersa, contradictoria, poco resolutiva y que en su mayoría trata los derechos del paciente olvidando la situación a la que se enfrenta el personal de salud y en la necesidad de encontrar soluciones conciliatorias para los involucrados.

Objetivo general:

Identificar los aspectos y los conflictos religiosos, ético, medico, legales, que se presentan actualmente en el Distrito Federal relacionados con la transfusión sanguínea en testigos de Jehová, en el paciente y en el medico.

Objetivos específicos

- Evaluar los aspectos religiosos de los testigos de Jehová relacionados con su negativa a la transfusión sanguínea.
- Evaluar los principios éticos de los pacientes.
- Evaluar los principios éticos del actuar médico.
- Evaluar los aspectos médicos de las transfusiones sanguíneas.
- Evaluar la legislación vigente en el Distrito Federal, acerca de la transfusión sanguínea.
- Evaluar los conflictos religiosos, éticos, medico, legales, que surgen a partir de la negativa de los testigos de Jehová a recibir transfusiones sanguíneas.
- Evaluar el significado del conflicto en pacientes testigos de Jehová que hayan estado expuestos a esta situación.
- Evaluar el significado del conflicto desde el punto de vista médico.

✚ Consultar Anexo A para revisión de mapas conceptuales de cada aspecto.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño del estudio:

Se realizó una investigación sociomédica, utilizando un diseño híbrido, principalmente cualitativo de tipo análisis del discurso y cuantitativo de tipo observacional, analítico, descriptivo, transversal y prospectivo.

Universo de trabajo:

- Dos expedientes clínicos de pacientes testigos de Jehová que estuvieron expuestos a la problemática, registrados en el Hospital General Xoco durante 2012 a 2013 (se pretendió ampliar el número de casos a analizar solicitando apoyo de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sin embargo, dicho apoyo fue negado).
- Opiniones acerca del tema de médicos que se encontraban laborando en el Hospital General Xoco, durante el periodo mayo-junio 2013.

Criterios de inclusión:

- Expedientes clínicos de pacientes testigos de Jehová atendidos en el Hospital General Xoco, en los cuales existió un conflicto debido a la negativa a la transfusión sanguínea, durante el periodo 2012-2013.
- Encuestas a médicos de cualquier sexo, edad, religión y especialidad, que se encontraban laborando en el Hospital General Xoco durante mayo-junio 2013.

Criterios de no inclusión:

- Expedientes insuficientes.
- Encuestas ilegibles.

Tamaño de la muestra:

Al ser una investigación observacional y predominantemente cualitativa el tamaño de la muestra se basó en la necesidad de información y el principio de saturación de datos, con muestreo por conveniencia. Se contó con dos expedientes clínicos y se aplicaron 50 encuestas.

Determinación de variables:

Al ser un diseño híbrido, se utilizaron tanto categorías de conocimiento como variables de contexto y problema (consultar Anexo B).

Al no haber contado con casos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se eliminaron las variables que diferenciaban la fuente de obtención de información de los expedientes.

Métodos, técnicas y procedimientos de recolección de datos:

Para exponer el conflicto y analizar su significado, se recabó información de los expedientes clínicos de dos pacientes que estuvieron expuestos a la problemática, en el Hospital General Xoco por medio de cedulas recolectoras de datos, las cuales fueron llenadas por el investigador, en el departamento Jurídico del Hospital, lugar en el que se me permitió el acceso a los expedientes clínicos. Las cedulas se conformaron por preguntas abiertas y dicotómicas (consultar Anexo C).

Para obtener el punto de vista de los médicos, se utilizaran cuestionarios, los cuales fueron aplicados por el investigador a los médicos que se encontraban laborando en el Hospital General Xoco durante el periodo mayo-junio 2013, por muestreo por conveniencia, habiéndose aplicado un total de 50, conformados por preguntas abiertas y cerradas (consultar Anexo D), con variables tanto cualitativas como cuantitativas.

Para la información recolectada de los expedientes clínicos, se realizó una lectura analítica y síntesis crítica, se identificaron los conflictos generados en cada caso, se realizaron mapas conceptuales, obteniendo una comprensión, integración y sistematización de la información, llegando a un constructo

interpretativo del significado de la negación a transfundirse por parte de los testigos de Jehová.

Con la información recolectada en las encuestas se creó una base de datos en el programa Excel, en dos hojas de cálculo, una para las variables cuantitativas y otra para la cualitativas, en ambas se realizó una reducción de datos (en el caso específico de las variables cualitativas se llevó a cabo un análisis por técnicas discriminativas). La información fue validada a través del mismo programa. Para su análisis se utilizó estadística descriptiva, mediante el programa EPI-INFO 6.0.4d, se obtuvieron las frecuencias simples y proporciones de cada variable y medidas de tendencia central en el caso específico de la edad. Con la información obtenida se realizaron tablas y gráficas, para finalizar con una interpretación analítica de los resultados.

Aspectos éticos y de bioseguridad:

Al haberse tratado de una investigación observacional, descriptiva no fue necesario aplicar medidas de bioseguridad para los participantes o para el investigador. En el caso de los expedientes clínicos, se respetó la confidencialidad de la información del paciente, no haciendo mención de nombres, número de expedientes ni direcciones (únicamente delegación), respetando la declaración de Helsinki, la Ley de Transparencia y Acceso a la

Información Pública del Distrito Federal, la Ley de Protección de Datos Personales del Distrito Federal, la Ley General de Salud y La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes. Mientras que para los cuestionarios de opinión, no se solicitaron nombres, se incluyó un párrafo introductorio para sensibilizar a los encuestados y solo se trabajó con médicos que quisieron participar voluntariamente.

RESULTADOS

A) CASOS CLINICOS

CASO No. 1

Sexo: Masculino Femenino

Edad: 53 años

Domicilio (Delegación): Iztapalapa, D.F.

Escolaridad: Secundaria incompleta.

Estado Civil: Casado.

Ocupación: Ayudante de Herrero.

Fecha de ingreso: 09-10-12.

Fecha de egreso: 12-10-12.

Motivo de ingreso: Caída de 4mts de altura (de techo de casa habitación).

Motivo de egreso: Alta voluntaria con responsiva médica.

Diagnóstico de ingreso:
Contusiones múltiples, probable fractura expuesta de codo derecho, probable fractura de cadera derecha.

Diagnóstico de egreso:
Fractura de acetábulo derecho 62C1.2 de AO y Fractura de olecranon derecho tipo III de Horner y Tancer, Gustillo II, 21Bl.3 de la AO.

Días de Estancia Hospitalaria: 3 días.

Servicios: Urgencias -Traumatología y Ortopedia.

Antecedentes de Importancia: Enfermedades crónico degenerativas, cirugías, transfusiones y alergias negadas. Alcoholismo y tabaquismo remitido hace 12 años.

Resumen:

Paciente que ingresó al servicio de Urgencias del Hospital General Xoco el día 09 de Octubre de 2012, en ambulancia, con inadecuado protocolo prehospitalario (se retiró de forma súbita y sin aviso). Con antecedente de haber sufrido caída de 4 metros de altura aproximadamente, dos días previo a su ingreso, al estar realizando labores de construcción en el techo de una casa habitación. Recibió atención médica particular, en la cual le colocaron férula posterior en brazo derecho, refiriéndolo para manejo definitivo.

A la exploración física se reportó neurológicamente integro, extremidades superior derecha con herida en codo de aproximadamente 2cm y dolor leve a la movilización, extremidad inferior derecha con limitación de los movimientos y dolor intenso, resto sin alteraciones patológicas. Se diagnosticaron contusiones múltiples, probable fractura expuesta de codo derecho y probable fractura de cadera derecha.

Se inició tratamiento con soluciones parenterales, anticoagulante, analgésicos, triple esquema antibiótico, hierro y medidas generales. Los laboratorios iniciales reportaron anemia normocítica normocrómica (hemoglobina de 10.4g/dL y hematocrito de 30.5%) y las radiografías mostraron pérdida de la continuidad ósea a nivel del acetábulo derecho y del olecranon derecho.

Fue valorado por el servicio de Ortopedia, quienes diagnosticaron fractura de olecranon derecho tipo II A de mayo, 21B1 de AO, transversa por Schatzker y fractura de acetábulo derecho 62C1 de AO; colocaron férula braquipalmar derecha e indicaron como tratamiento definitivo reducción abierta y fijación interna (RAFI). Se realizó solicitud y registro de intervención quirúrgica, sin embargo el paciente y sus familiares manifestaron que por pertenecer a la religión testigos de Jehová no aceptarían transfusiones sanguíneas.

El día 10 de octubre, fue valorado por los servicios de Cirugía de Cadera y Pelvis y de Miembro Torácico, quienes confirmaron los diagnósticos y reafirmaron el manejo quirúrgico. Sin embargo por los tipos de fractura, la extensión de la cirugía, el riesgo esperado de sangrado (1 litro aproximadamente) y los niveles de hemoglobina, el paciente requeriría ser transfundido en el preoperatorio para estar en condiciones hemodinámicas óptimas y probablemente durante y posterior a la cirugía.

Condiciones que ni el paciente ni sus familiares aceptaron, a pesar de que se les explicaron los diagnósticos, tratamientos, estado del paciente y los riesgos y complicaciones que podrían presentarse en caso de no realizar las cirugías o de llevarlas a cabo sin transfusiones, comentándoles incluso, riesgo de muerte. Posteriormente el paciente refirió que lo pensaría.

Durante el interrogatorio que realizó el servicio de Cirugía de Cadera y Pelvis, se encontró que el paciente no provenía de consultorio particular, como lo había mencionado inicialmente, si no, del Hospital General de México en donde estuvo hospitalizado durante 2 días y del cual fue dado de alta en forma voluntaria por no aceptar tratamiento quirúrgico con transfusión sanguínea.

Debido a su negativa el paciente continuó recibiendo tratamiento conservador, se agregó hierro intravenoso para mejorar sus niveles de hemoglobina, los cuales continuaron en descenso (el 11 de octubre se reportó hemoglobina de 9.7g/dL y hematocrito de 28.1%). Por lo cual el Director del Hospital solicitó la intervención de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) para determinar lo conducente al caso.

El 11 de octubre se llevó a cabo una reunión, a la que asistieron: familiares del paciente, personal de la CDHDF, del área administrativa del Hospital y del Departamento Jurídico, médicos tratantes de los servicios de Urgencias,

Ortopedia, Cirugía Articular, módulos Torácico y de Cadera y Pelvis y el oficial secretario del Ministerio Público.

Se fijó la posición del Hospital ante las autoridades de la CDHDF y de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, se expusieron las condiciones en las cuales debería de encontrarse el paciente para poder ser sometido a cirugía y se mencionó que hasta ese momento no se contaba con la autorización del paciente ni de los familiares para el uso de componentes sanguíneos durante los procedimientos quirúrgicos planteados, condicionando la autorización a una garantía de resultados; por lo cual el cuerpo médico encargado de la atención del paciente se deslindaba de responsabilidades por falta de atención médica oportuna y por las complicaciones que derivaran de ello.

La encargada del Departamento Jurídico del Hospital presento una denuncia de hechos ante la Agencia Investigadora del Ministerio Público, a efecto de deslindar de responsabilidades al hospital y personal médico, mencionando que *“los familiares del paciente habían entrado con engaños al Hospital y condicionaron la autorización para la atención medica del paciente, pidiendo garantía de resultados (en caso de que se efectuara la transfusión el paciente no quedaría infectado y quedaría bien de la intervención quirúrgica)”*.

Presento y anexó a su declaración, la nota de alta del Hospital General de México, en la que se refirió: fecha de ingreso 06-10-13, fecha de egreso 08-10-12. Caída a las 05:00 hrs, sin pérdida de alerta, a su ingreso con desorientación en tiempo y espacio. Fue valorado por Neurocirugía (se le realizó tomografía de cráneo que descartó lesión), por Urología (descartó trauma urológico) y por Ortopedia (diagnosticó fractura pélvica cerrada reciente del 05-10-12, fractura articular parcial con componente transversal, fractura expuesta de olecranon derecho). Se instauró tratamiento a base de soluciones parenterales, reposición de volemia, aseo mecánico de la fractura expuesta de codo derecho e impregnación de antibiótico. Se indicó manejo quirúrgico para lesión pélvica sin embargo *“por creencias religiosas el paciente no aceptó transfusión sanguínea, se explicó el alto riesgo de sangrado con desenlace fatal y mal pronóstico para el paciente, motivo por el cual, solicitó su egreso de manera voluntaria”*.

El Ministerio Público solicitó al Médico legista en turno, realizar un certificado de lesiones y aptitud para declarar, el cual concluyó, que el paciente presentaba lesiones que disminuían la función de la deambulación y del miembro torácico derecho.

Los familiares concluyeron durante la comparecencia que: *“por sus creencias religiosas, tanto ellas, como por decisión de su padre, no era posible aceptar dicho procedimiento quirúrgico con la transfusión de sangre, aceptando que*

fuera intervenido quirúrgicamente pero sin la transfusión”, se les reitero que eso no era posible, manifestando los familiares en forma rotunda su rechazo.

El expediente cuenta con consentimiento informado para procedimientos y tratamiento de fecha 10-10-12, el cual se encuentra firmado por el paciente y dos testigos, con la leyenda: *“Excepto que no aceptamos sangre”*. Y con la tarjeta de directriz anticipada, de fecha 05-10-12, en la que informa no aceptar transfusiones sanguíneas, ni ninguna fracción menor de sangre.

Resolución:

El día 12 de octubre, el paciente egresó por alta voluntaria con responsiva médica a Clínica particular a las 21:00 hrs, con una hemoglobina de 9.2g/dL y hematocrito de 27.4%.

Conflictos:

- **Moral:** mentiras del paciente al ingresar al hospital, que retardaron su diagnóstico y tratamiento.
- **Religioso:** negativa del paciente a recibir transfusiones sanguíneas debido a sus creencias religiosas, poniendo en riesgo su vida.
- **Éticos médicos:** exigencia de los familiares y del paciente hacia el personal médico, para poder llevar a cabo una cirugía con alto riesgo de

sangrado, sin transfusiones sanguíneas. En un paciente con niveles bajos de hemoglobina.

- **Clínicos:** condicionamiento para poder permitir la transfusión sanguínea, exigiendo garantía de resultados por escrito; retraso en el tratamiento quirúrgico que aumentó el riesgo de presentar complicaciones, desarrollar secuelas y ocasionar la muerte; alternativas insuficientes.
- **Administrativo y Económico:** ocupación de espacio físico y uso excesivo e innecesario de recursos materiales, económicos y humanos, en las dos Unidades de Atención Médica en donde estuvo hospitalizado (dos días en el Hospital General de México y tres días en el Hospital General Xoco), en las cuales recibió atención por diversas especialidades, se le realizaron estudios de laboratorio e imagen y se le ministraron tratamientos. Lo que a su vez impidió brindarle atención médica a otros pacientes.
- **Legal:** necesidad de solicitar la intervención de la PGJ del DF y la CDHDF para poder deslindar de responsabilidades a la Institución y al personal de salud.

Fue posible identificar el significado del conflicto de la transfusión sanguínea en el paciente testigo de Jehová: Si No

Especificar: A pesar de que entendió los riesgos y complicaciones de no aceptar transfusiones sanguíneas, y con esto retrasar el tratamiento quirúrgico

necesario para su padecimiento, fueron prioridad sus creencias religiosas a su vida. La cual podría haber sacrificado, antes que ofender a su dios, al desobedecer sus mandatos.

- ✚ Consultar mapas conceptuales y constructos interpretativos en la sección de Anexos E.

CASO No. 2

Sexo: Masculino Femenino

Edad: 40 años

Domicilio (Delegación): Tlalpan, D.F.

Escolaridad: Preparatoria incompleta.

Estado Civil: Soltero.

Ocupación: Mecánico.

Fecha de Ingreso: 07-12-12.

Fecha de Egreso: 22-02-13.

Motivo de Ingreso:
Atropellamiento.

Motivo de Egreso: Alta transitoria

Diagnóstico de Ingreso: Trauma facial (fractura expuesta de mandíbula del lado izquierdo), trauma de extremidades (fractura cerrada diafisiaria de fémur derecho y de tobillo izquierdo).

Diagnóstico de Egreso:
Postoperado de reducción abierta y fijación interna por fractura de diáfisis femoral derecha, fractura de ángulo mandibular izquierdo.

Días de Estancia Hospitalaria: 77 días.

Servicios: Urgencias–Ortopedia-Cirugía Plástica y Reconstructiva-Maxilofacial.

Antecedentes de Importancia:

Diabetes Mellitus tipo 2, de 8 años de evolución sin tratamiento, exploración quirúrgica de pie derecho en marzo 2012, sin especificar causa. Patología oncológica ósea, no específico tipo, tratamiento ni temporalidad. Alcoholismo y tabaquismo desde la juventud, sin patrón de consumo característico. Transfusiones y alergias negadas.

Resumen:

Paciente que ingresó al servicio de Urgencias el 08 de diciembre de 2012, en ambulancia con adecuado protocolo prehospitalario, sin familiares. Con antecedente de haber sido atropellado por vehículo automotor tipo microbús, a baja velocidad, el cual se encontraba arreglando, cuando una persona subió y lo encendió, arrollándolo. Sufrió compresión entre el vehículo y objeto fijo (pared) por aproximadamente 5 minutos, con traumatismo en cara y miembro pélvico derecho.

Ingresó al área de choque, en donde se reportó con taquicardia de 130 latidos por minuto e hiperglucemia de 307 mg/dl. Neurológicamente integro, mucosa oral con huellas de sangrado, herida de 8cm de longitud aproximadamente en ángulo

mandibular izquierdo con exposición de tejido graso, musculo y hueso, con presencia de sangrado activo y dificultad para el habla; extremidades pélvicas asimétricas a expensas de acortamiento de la derecha con deformidad a nivel de fémur, resto sin alteraciones patológicas.

Con ayuda de estudios de gabinete (tomografías y radiografías) se descartó trauma craneoencefálico, torácico y abdominal, y se diagnosticó fractura de mandíbula del lado izquierdo, fractura de fémur derecho y fractura de tobillo izquierdo tipo C de Weber. Se inició manejo hídrico, analgésico, doble esquema antibiótico y medidas generales.

Fue valorado por el servicio de Ortopedia, quien comentó presencia de extremidades pélvicas con acortamiento de 10 cm, deformidad, crepitación, aumento de volumen a nivel de fémur y dolor a la palpación y movilización, pulsos pedio y poplíteo presentes, llenado capilar inmediato, sin datos de compromiso neurovascular; extremidad pélvica izquierda con asimetría, sin acortamiento con presencia de dolor a nivel de la sindesmosis del maléolo externo. Corroboro diagnósticos, coloco férula suropodolica y lumbopedica e indicó como tratamiento definitivo reducción abierta y fijación interna (RAFI). Solicitó valoración por el servicio de Maxilofacial.

El 8 de diciembre fue valorado por los servicios de Cirugía Plástica y Maxilofacial, quienes diagnosticaron fractura expuesta multifragmentaria de ángulo mandibular izquierdo, la cual impedía la oclusión. Indicaron continuar con el tratamiento establecido y solicitaron a los familiares la compra de placas y tornillos para realizar RAFI.

Sin embargo el 10 de diciembre, Ortopedia refirió que el paciente no era candidato a cirugía por encontrarse con hemoglobina de 8.5 g/dL (a su ingreso 10.8), hematocrito de 25.1% (ingreso 31.9), plaquetas de 130,000 (ingreso 112,000) y glucosa de 306 mg/dL, además de no aceptar transfusiones sanguíneas por ser testigo de Jehová. Solicito valoración por Medicina Interna, quien corrobora las condiciones no aptas para cirugía por los niveles bajos de hemoglobina y el descontrol glucémico; sugirió insulina, enoxaparina profiláctica y transfusión de dos concentrados eritrocitarios. El paciente y sus familiares se negaron a pesar de la explicación del padecimiento y sus complicaciones.

El 11 de diciembre el hermano del paciente firmó de informado de la solicitud de placas y tornillos para el tratamiento de la fractura mandibular. El 12 de diciembre acudió a la oficina de Cirugía Plástica la hermana del paciente, a la que se le explicó el diagnóstico, tratamiento, complicaciones y necesidad de transfusión, argumentando *“que a su papá lo habían operado con hemoglobina de 5 mg/dl y*

que ellos sabían que podía operarlo a pesar de la anemia aguda". Insistieron en que se operara de esa manera o de lo contrario no aceptarían el tratamiento.

Se le explicó de manera amplia y sencilla las complicaciones que podían presentarse como alteración en la cicatrización de la fractura, proceso infeccioso, tromboembolia, embolia grasa y muerte. Se le hizo mención de los principios quirúrgicos y de anestesiología que rigen todo acto quirúrgico mayor, así como la ética de la profesión, por lo que no podían intervenirle en tanto no fuera transfundido. Se dio aviso al Jurídico del Hospital para que tomaran las medidas pertinentes sobre el caso y también a la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

El 14 de diciembre, el paciente suscribió una nota en el expediente clínico, en la que menciona: *"acepto el tratamiento médico usual y normal de la institución, lo que no acepto son las transfusiones de sangre"*. Por lo que continuó con tratamiento conservador. Se descartó fractura de tobillo.

El 18 de diciembre se agregó proceso infeccioso a nivel de la fractura de mandíbula, con aumento de volumen, hiperemia y salida de material purulento, a nivel intraoral con movilidad de segmentos de región de ángulo y cuerpo mandibular izquierdo y apertura oral de 25 mm. Se tomó cultivo (que reporto *Klebsiella Pneumoniae*), se agregó un tercer antibiótico y se indicaron curaciones.

Se trató de sensibilizar nuevamente al paciente para ser transfundido, explicándole que la infección de tejidos blandos podía ocasionar una infección ósea (osteomielitis mandibular), que agravaría su pronóstico. El paciente no aceptó.

El 20 de diciembre fue valorado por Anestesiología quien reportó riesgo quirúrgico ASA III, Goldman I, con alto riesgo tromboembólico y de hemorragia, vía aérea difícil por padecimiento mandibular. Indico tipar y cruzar dos paquetes globulares. El paciente se negó a firmar el consentimiento de anestesiología.

El 24 de diciembre por recomendación de Derechos Humanos, se solicitó el alquiler de un recuperador celular y fue valorado por Psiquiatría quien concluyó que el paciente no tenían síntomas psicóticos, que *“tenía claro que podía tener complicaciones por el sangrado pero aun así no aceptaría que se le pusiera sangre”*, decisión tomada en base a sus valores y creencias.

El 27 de diciembre se llevó a cabo una reunión a la que asistieron: Derechos Humanos, personal médico y administrativo del hospital y familiares del paciente. Se hizo constar las lesiones que presentaba el paciente, los posibles riesgos, secuelas y complicaciones que podía presentar el paciente y se deslindó de toda responsabilidad por la vía penal, civil, administrativa y la que resultara, a todo el

personal médico, paramédico y administrativo de la institución. El paciente suscribió en el expediente clínico: *“No acepto transfusiones de sangre, glóbulos rojos, blancos, plasma, o plaquetas y exonero a los médicos y a la Institución de cualquier responsabilidad por mi negativa a la sangre”*.

Los niveles de hemoglobina del paciente mejoraron progresivamente y el 01 de enero de 2013 Cirugía Plástica menciona que era posible operarlo con los niveles de hemoglobina que tenía en ese momento, siempre que aceptara transfundirse en caso de ser necesario durante la cirugía. El paciente no acepto.

El 2 de enero fue revalorado por Medicina Interna, para valorar la administración de eritropoyetina; lo reportó con hemoglobina de 11.5 mg/dl y hematocrito de 34.5% y autorizo dicho fármaco. El 16 de enero la anemia remitió, sin embargo el paciente no contaba con el material de osteosíntesis ni con el recuperador celular.

El 24 de enero Maxilofacial le realizó una ortopantomografía en la que se encontró trazo de fractura en región de ángulo mandibular izquierdo, de aproximadamente 1 cm de desplazamiento con tres fragmentos óseos libres.

El 30 de enero Ortopedia le explico al paciente la necesidad de colocar tracción esquelética, al no contar con recuperado celular, sin embargo solo acepto colocarse tracción cutánea, la cual se colocó con 6 kg de peso. El 31 de enero el

paciente refirió intolerancia a la tracción por lo que el familiar la retiró pese a las indicaciones médicas.

Resolución:

El 01 de febrero contando con recuperador celular y consentimientos informados para procedimiento quirúrgico y anestésico (en los que rechazaba transfusiones sanguíneas, solo aceptaba el uso del recuperador celular y deslindaba de responsabilidades al personal médico y paramédico del hospital), se realizó RAFI con clavo centro medular para fémur derecho bloqueado, sin complicaciones. Se reportó un sangrado de 350 ml aproximadamente, se manejó con solución salina, voluven y transfusión de concentrado eritrocitario autólogo por recuperador celular.

El paciente evolucionó satisfactoriamente, por lo que Ortopedia decidió su egreso el 6 de febrero, con cita a la consulta externa de dicho servicio y de Medicina Interna.

Quedo a cargo de Cirugía Plástica y Maxilofacial, quienes no pudieron realizar el tratamiento de la fractura de mandíbula por no contar con el material de osteosíntesis necesario.

El 7 de febrero fue revalorado por Medicina Interna por presentar nuevamente síndrome anémico, aparentemente asociado a evento quirúrgico. Con hemoglobina de 6.7 gr/dl (previa de 14), recomendó reiniciar hematinicos más

ácido fólico, complejo b y eritropoyetina. Su recuperación fue progresiva y satisfactoria.

El 22 de febrero de 2013 debido a su mejoría, a la estancia hospitalaria prolongada, al alto riesgo de contraer infecciones nosocomiales y a la falta de material de osteosíntesis (el cual les fue solicitado a los familiares desde el 08 de diciembre de 2012) se decidió su alta transitoria.

Egresó el 23 de febrero, con cicatriz en región submandibular izquierda, infección remitida, sin fistulas o secreciones, apertura oral de 40 mm y hemoglobina de 10 g/dL. Con analgésico, antibiótico, antiagregante plaquetario, ejercicios de rehabilitación y datos de alarma. Con cita programada a Maxilofacial para control y seguimiento y abierta en cuanto tuviera el material de osteosíntesis.

El paciente suscribió en el expediente clínico *“haber recibido indicaciones de cuidado, recetas y tener claro qué tenía cita el 28 de febrero a las 7:30 am”*. Sin embargo, no volvió a presentarse.

El expediente clínico cuenta con directriz anticipada y carta poder para atención médica, documento en el cual refirió: *“no aceptar ninguna fracción de sangre, ni ningún procedimiento que implique el uso de sangre”*.

Conflictos:

- **Moral:** falta de apego al tratamiento por parte del paciente y de cooperación y compromiso por parte de los familiares. En lo referente a la diabetes mellitus, a la tracción esquelética, al material de osteosíntesis necesario para la reducción de la fractura mandibular y finalmente abandono del mismo.
- **Religioso:** negativa del paciente a recibir transfusiones sanguíneas debido a sus creencias religiosas, poniendo en riesgo su vida.
- **Ético médico:** exigencia de los familiares y del paciente hacia el personal médico, para poder llevar a cabo dos cirugías con alto riesgo de sangrado, sin transfusiones sanguíneas. En un paciente hemodinámicamente inestable.
- **Clínico:** condicionamiento de los familiares para que los médicos pudieran realizar el tratamiento quirúrgico; retardo en la obtención del recuperador celular y falta de material de osteosíntesis. Factores que ocasionaron complicaciones (anemia, infección de tejidos blandos en sitio de fractura mandibular y descontrol metabólico) y aumentaron el riesgo de muerte y la producción de secuelas (disminución de la función de la masticación y de la deambulación).
- **Administrativo y Económico:** ocupación de espacio físico durante 77 días (55 para restablecer condiciones hemodinámicas y contar con recuperador celular, en los cuales recibió atención por diversas especialidades, se le

realizaron múltiples estudios de laboratorio e imagen, se le ministraron tratamientos farmacológicos y se solicitó la renta de un equipo especializado y 22 días más en espera de material de osteosíntesis necesario para reducir la fractura mandibular, el cual no fue facilitado). Egresando con una fractura de más de dos meses de evolución. Generando un uso excesivo e innecesario de recursos materiales, económicos y humanos. Lo que a su vez impidió brindarle atención médica a otros pacientes.

- **Legal:** necesidad de solicitar la intervención del Departamento Jurídico y de la CDHDF para poder deslindar de responsabilidades a la Institución y al personal de salud.

Fue posible identificar el significado del conflicto de la transfusión sanguínea en el paciente testigo de Jehová: Si No

Especificar: A pesar de que entendió los riesgos y complicaciones de no aceptar transfusiones sanguíneas y con esto retrasar el tratamiento quirúrgico necesario para sus padecimientos, fueron prioridad sus creencias religiosas a su vida o la calidad de esta, al estar consciente de las secuelas que podría desarrollar el retraso del tratamiento. Sin embargo hubiera preferido haber muerto físicamente, antes que ofender a su dios al desobedecer sus mandatos.

✚ Consultar mapas y constructos interpretativos en la sección de Anexos E.

B) Encuestas a médicos

Características sociológicas

Se aplicó un total de 50 cuestionarios a personal médico del Hospital General Xoco; 24 a especialidades quirúrgicas (48%) y 26 a especialidades clínicas (52%). De los cuales, Medicina Interna (26%), Ortopedia y Urgencias (18% cada una) fueron los servicios con mayor participación (figura 1; tabla I en anexos).

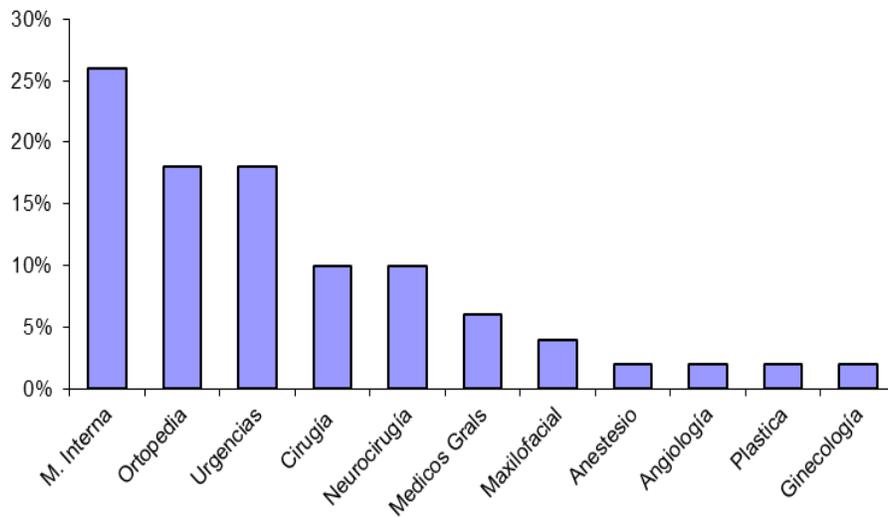


Figura 1. Especialidades médicas que contestaron la encuesta

En su mayoría fueron médicos del sexo masculino (90%), en el rango de edad de 30 a 39 años (54%), con una edad promedio de 38.7 años (figura 2; tablas II, III en anexos).

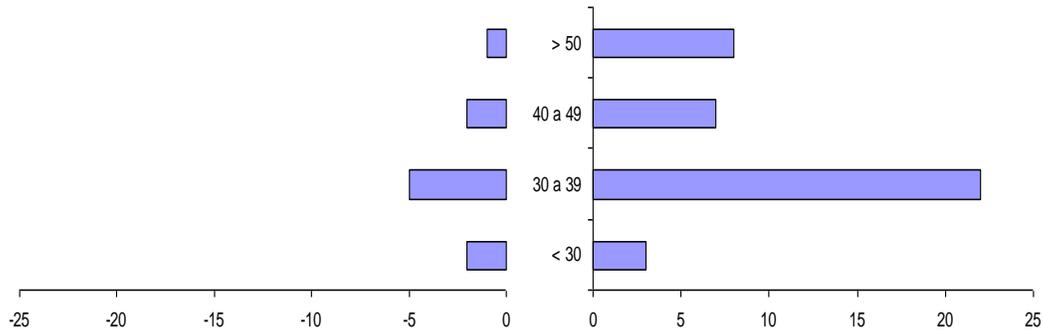


Figura 2. Distribución de frecuencias de edad poblacional.

72% de los médicos manifestó una ideología religiosa; 64% de los participantes refirió ser católico, 28% no practicar religión alguna, 6% cristianos y 2% evangélico (figura 3; tabla IV en anexos).

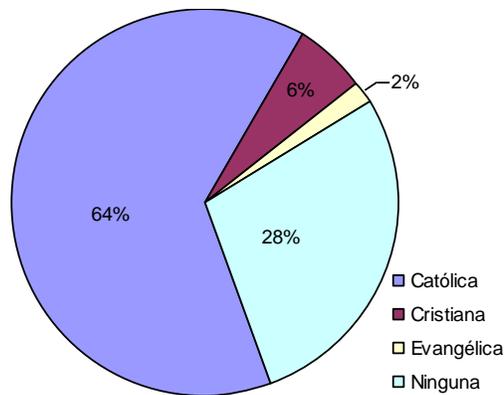


Figura 3. Religiones de los participantes encuestados.

A continuación se presenta el análisis de los resultados sobresalientes, de cada pregunta realizada, siguiendo el orden establecido en el en el cuestionario (consultar anexos para ver los resultados en su totalidad).

Información sustantiva

1. *¿Las transfusiones sanguíneas, son un procedimiento?*

Las transfusiones sanguíneas, fueron consideradas en 100% de los casos un procedimiento útil y necesario, mientras que 78% las considero además, como indispensables (figura 4; tabla V en anexos).

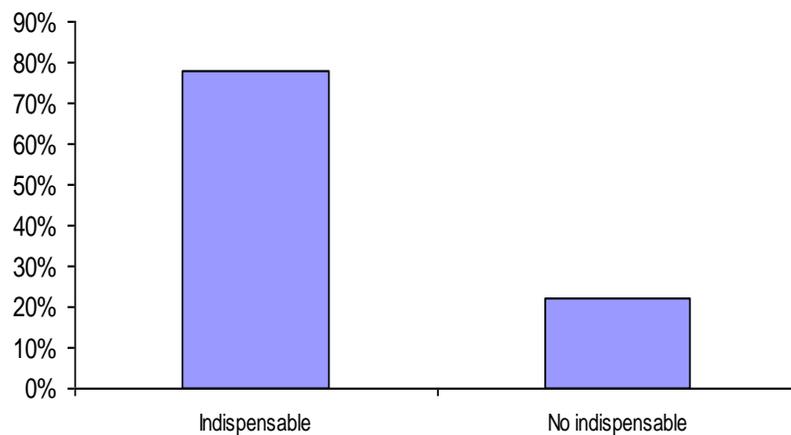


Figura 4. Características de las transfusiones sanguíneas.

2.- ¿Con que frecuencia hace uso de las transfusiones sanguíneas?

40% de los médicos refirió hacer uso de hemotransfusiones de 2 a 5 veces por semana (figura 5, tabla VI en anexos).

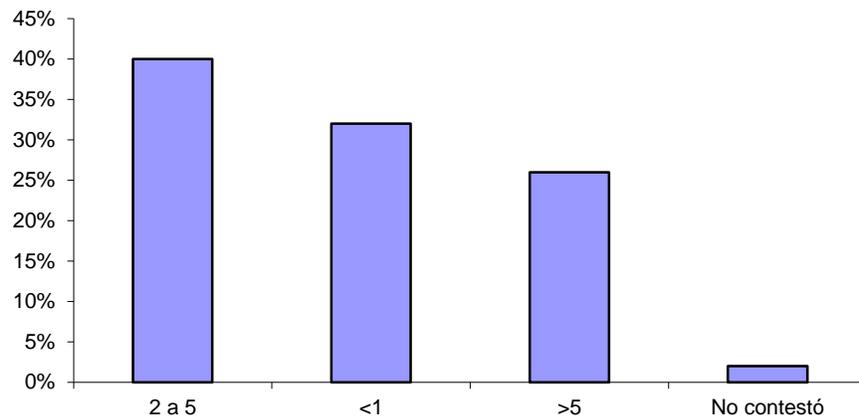


Figura 5. Frecuencia con la que los médicos utilizan las transfusiones sanguíneas.

3.- ¿Con que alternativas cuenta en su unidad de trabajo, en caso de que un paciente se niegue a recibir una transfusión sanguínea?

34% refirió no contar con ninguna alternativa; 66% refirió contar con diversas opciones: las más conocidas fueron los cristaloides y coloides (3 % menciona solo coloides, 5% solo cristaloides, 10% cristaloides y coloides, 10% los mencionaron como añadidos a una tercer alternativa); seguidos por la eritropoyetina (4% solo eritropoyetina y 8% la refirieron en adyacencia a otra alternativa) y los hematinicos (2% como opción única y 1% en adición a soluciones cristaloides y coloides);

precedidos por la autotransfusión con 4%, finalizando con el recuperador celular y la isquemia de segmento en el transoperatorio, siendo estos últimos los menos conocidos, con 2% (figura 6; tabla VII en anexos).

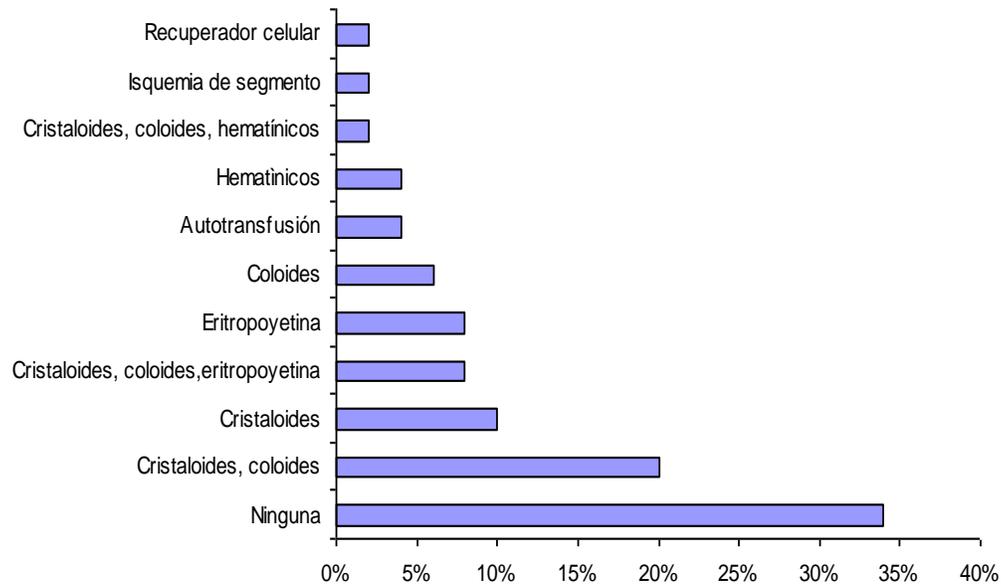


Figura 6. Alternativas con las que cuentan los médicos en su unidad de trabajo.

4.- *¿Estas alternativas son?*

De los 33 médicos que mencionaron contar con una alternativa en su Hospital; 82% las considero como adecuadas (pero insuficientes 76% y suficientes 6%) y un 18% las refirió como inadecuadas e insuficientes (figura 7; tabla VIII en anexos).

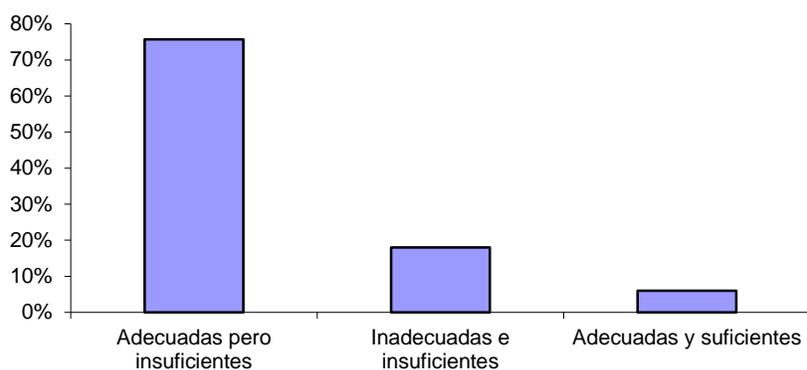


Figura 7. Características de las alternativas con las que cuenta los médicos.

5.- *¿Una negativa recibir una transfusión sanguínea, puede poner en peligro la vida de un paciente? ¿Por qué?:*

98% de los médicos creen que el rechazo a las transfusiones sanguíneas puede poner en peligro la vida de un paciente (figura 8; tabla IX en anexos).

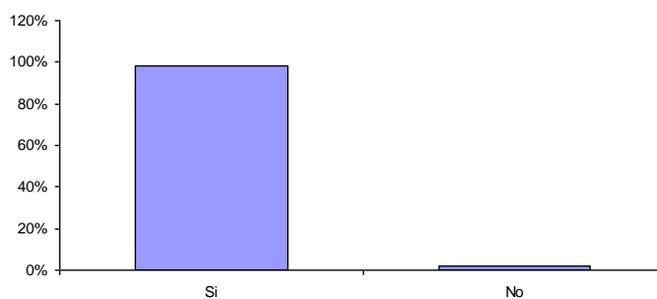


Figura 8. Riesgo de muerte al no recibir una transfusión sanguínea.

De los 49 médicos que creyeron se puede poner en peligro la vida al rechazar transfusiones sanguíneas; 47% mencionaron al choque hemorrágico e hipovolémico como las causas específicas que podrían llevar a la muerte; 25% consideró a la sangre como un recurso único; 14% refirió que las alternativas que existen para no transfundir son insuficientes; 6% comentó que en solo en aquellas patologías que requirieran transfusiones (sin especificar cuáles); 6% no contestó; y 2% refirió que en caso de cirugía urgente (figura 9; tabla X en anexos).

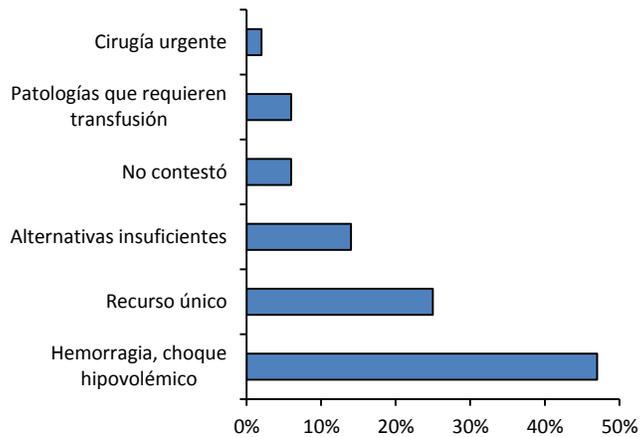


Figura 9. Causas por las que se puede poner en peligro la vida al rechazar una transfusión sanguínea.

2% que estuvo en desacuerdo, pertenece a alguna de las especialidades clínicas muestreadas y argumento: *“que depende mucho de la causa, ya que existen anemias ocasionadas por patologías crónicas, que mejoran, al finalizar la enfermedad principal, sin necesidad de transfusión”*.

6.- ¿De qué manera considera usted que las creencias religiosas de los pacientes testigos de Jehová, deberían de intervenir en los actos médicos diagnósticos o terapéuticos?

64% de los participantes manifestó que las creencias religiosas no deberían de intervenir en las acciones médicas, las cuales tienen un sustento científico y están dirigidas al bienestar del paciente; 36% refirieron que estos credos deben respetarse en todo momento; respetando el derecho del paciente a decidir libremente sobre sus tratamientos a pesar de que estos no concuerden con los que plantea el médico (figura 10; tabla XI en anexos).

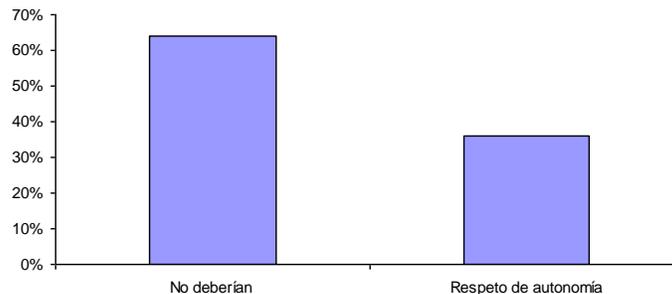


Figura 10. Intervención de las creencias religiosas en actos médicos

7.- ¿Sabe qué hacer en caso de tener como paciente un testigo de Jehová que necesite una transfusión sanguínea y se niegue a aceptarla?

SI, NO. Especifique:

88% de los médicos refirieron saber qué hacer ante un paciente testigo de Jehová que se niegue a ser transfundido. Mientras que 12% comentaron no saberlo, en

este grupo encontramos médicos de las especialidades de Cirugía general, Ginecobstetricia, Medicina Interna y Urgencias (figura 11, tabla XII en anexos).

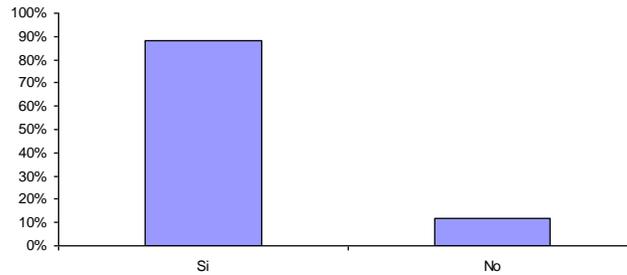


Figura 11. Conocimiento ante un paciente testigo de Jehová

30% de los médicos comentaron que ante la negativa de un paciente a transfundirse, se debe de explicar la gravedad del padecimiento, los riesgos y complicaciones de este, así como los riesgos y complicaciones de no aceptar el tratamiento, haciendo hincapié al peligro que corre su vida. En caso de que el paciente no acepte, respetar su decisión y plasmarla por escrito en el consentimiento informado y notas médicas, con las firmas del paciente, médico (s) y testigos.

12% no contesto la pregunta; 8% menciono solo la opción de informar a los pacientes los riesgos y complicaciones de rechazar el tratamiento, otro 8% haría uso de alternativas, sin especificar cuáles; 6% menciono el recuperador celular (Cirugía General y Ortopedia); y 6% documentaria su rechazo en el consentimiento informado; 4% se negaría a tratar al paciente (Anestesiología y Ortopedia), 4% confesó que transfundiría si fuera necesario sin autorización

(Neurología y Urgencias); finalmente con 2% cada uno: pediría apoyo a su iglesia y/o utilizaría autotransfusión (Cirugía General); trataría de disuadir al paciente (Medicina General); no pondría en riesgo de sangrado al paciente (Ortopedia); lo referiría a otro nivel (figura 12; tabla XIII en anexos).

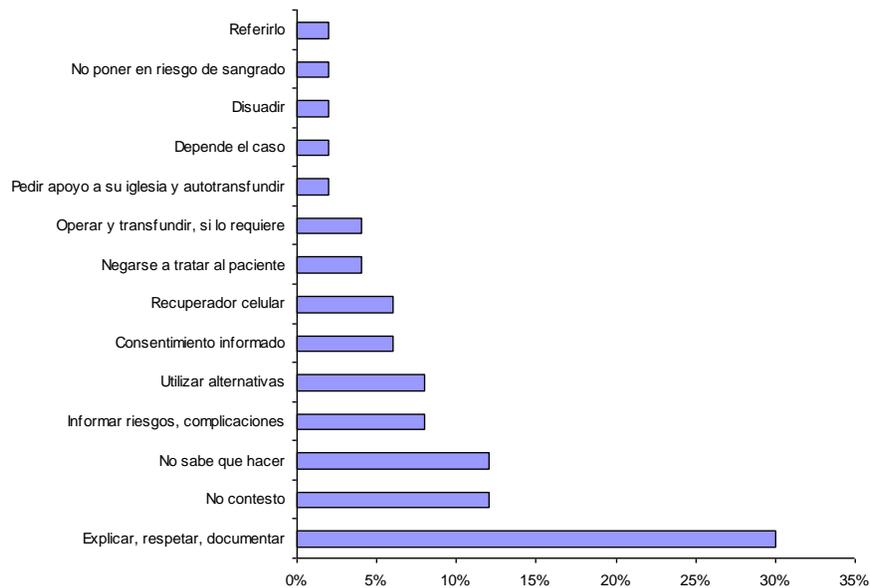


Figura 12. Acciones que tomarían los médicos ante un paciente testigo de Jehová.

8.- ¿Debería de obligarse a los Testigos de Jehová a recibir transfusiones de sangre?

48% de los médicos está en desacuerdo con que se obligue a los pacientes testigos de Jehová a transfundirse, bajo el argumento de que ellos son libres de pensar y hacer con su cuerpo lo que deseen. Mientras que 28% se encuentra a favor de obligarlos ya que piensan que su salud debe estar por encima de sus creencias religiosas y 24% manifestó su aprobación pero solo en caso de niños

cuyos padres sean los que prohíben las transfusiones por motivos religiosos (figura 13, tabla XIV en anexos).

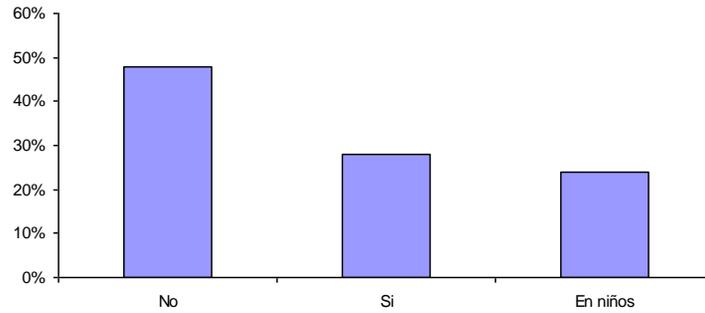


Figura 13. Opinión sobre obligar a los pacientes testigos de Jehová a transfundirse

9.- Conflicto con un paciente testigo de Jehová, debido a su negativa a recibir transfusiones sanguíneas

De 50 médicos; 20 (40%) manifestaron haber tenido algún conflicto con pacientes testigos de Jehová, 29 (58%) no reportaron ninguno y un participante no contestó (2%), (figura 14; tabla XV en anexos).

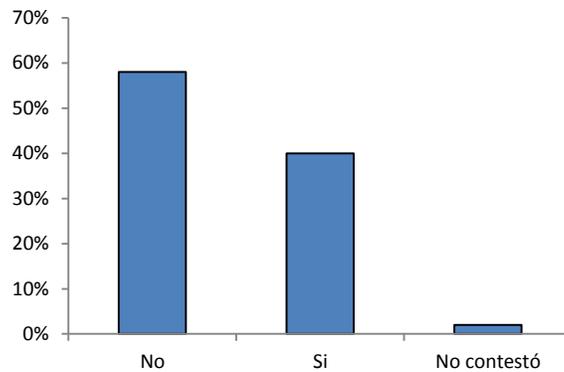


Figura 14. Médicos que tuvieron algún conflicto con pacientes testigos de Jehová

En 35% de los conflictos no se especificó tipo; 25% se debieron a fracturas que requerían tratamiento quirúrgico y transfusión sanguínea, los pacientes rechazaron la cirugía por la necesidad de transfusión; 15% fueron de pacientes que requerían cirugía (no se especificó tipo), cursaban con anemia y requerían transfusión, por lo que no fue aceptado el tratamiento; 10%, fueron de pacientes con trauma (sin especificar tipo) y choque hemorrágico secundario, en el primero el paciente rechazo la transfusión y en el segundo fueron los familiares; 10% se debieron a patologías clínicas que requerían transfusión por hemorragia las cuales fueron rechazadas; 5% se trató de paciente que pretendía obligar al médico a realizar una cirugía en contra de las normas de seguridad (figura 15, tabla XVI en anexos).

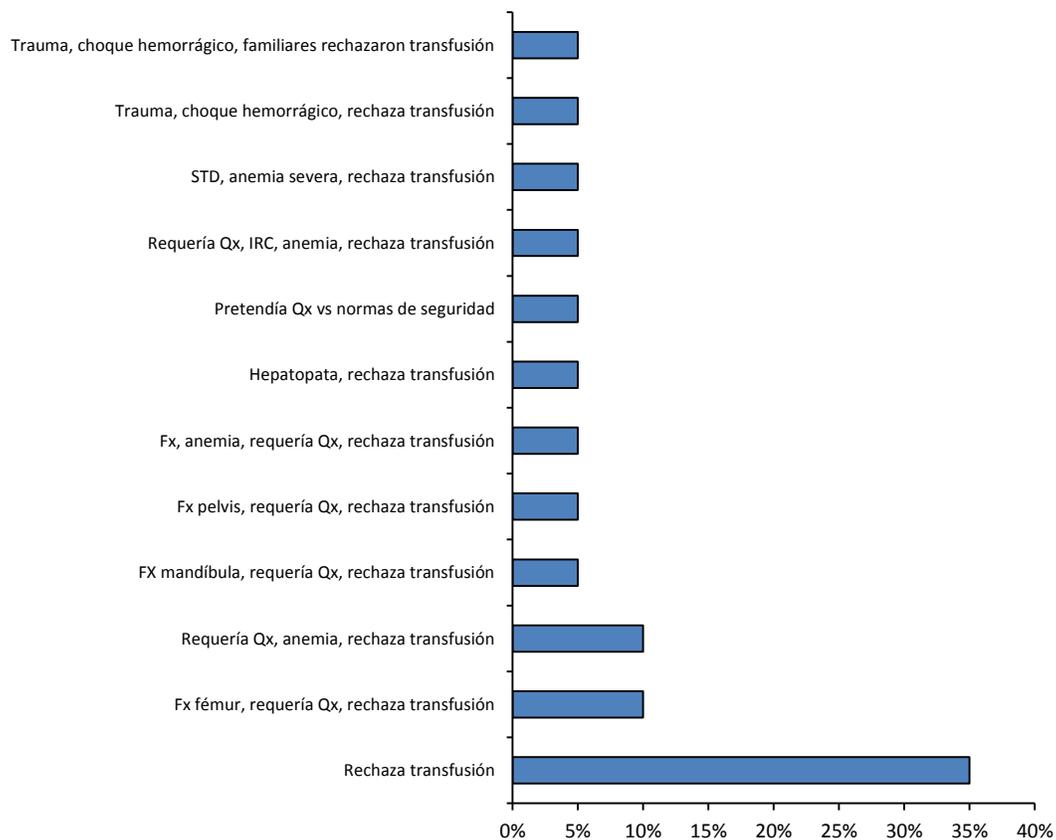


Figura 15. Tipo de conflictos, que vivieron los médicos.

Las especialidades quirúrgicas reportaron un mayor número de conflictos 65%, al contrario de las clínicas con 35%. Ortopedia fue el servicio con mayor número de conflictos, mientras que Ginecobstetricia, Neurocirugía y Medicina General no reportaron ninguno (figura 16, tabla XVII en anexos).

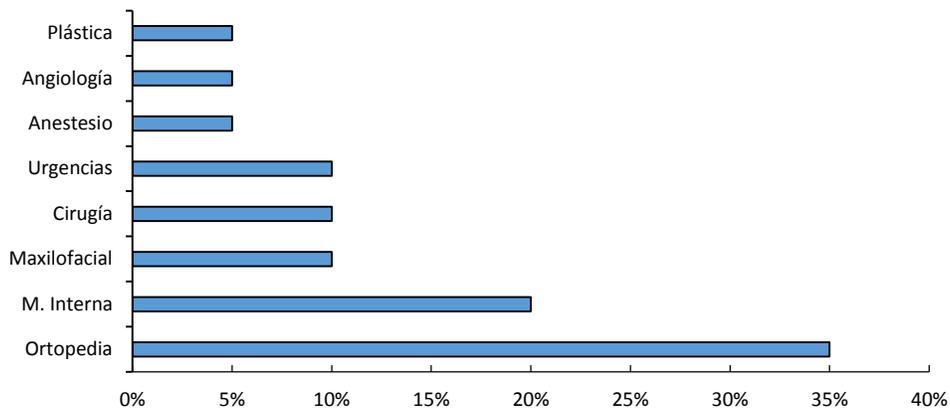


Figura 16. Conflictos presentados en cada especialidad

10.- ¿El conflicto se logró resolver? SI NO. Especifique

De los 20 conflictos expuestos, solo ocho (40%) lograron resolverse (figura 17, tabla XVIII en anexos).

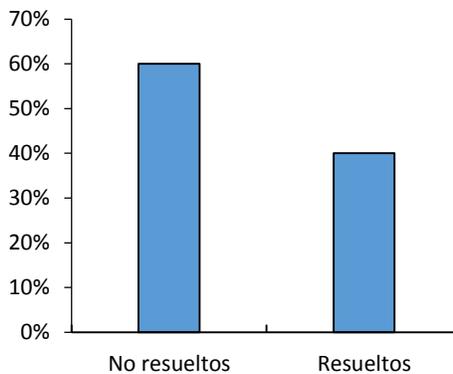


Figura 17. Resolución de conflictos.

La forma en la cual los médicos refirieron conciliar los conflictos fue: 37.5% mejorando las condiciones de los pacientes y esperando de uno a dos meses para poder intervenirlos; 25% convenciendo a los pacientes y logrando transfundirlos con su autorización; 25% utilizando engaños y transfundiéndolos sin autorización; y 12.5% no especificó la forma (Figura 18; tabla XIX en anexos).

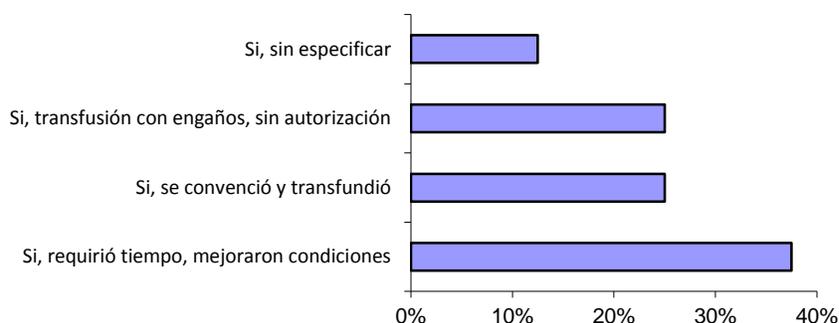


Figura 18. Tipo de conciliación del conflicto

El primer caso en el que se transfundió con engaños, se trató de paciente con trauma y choque hemorrágico, que requería de múltiples transfusiones, a las cuales la familia se opuso, durante su estancia en quirófano se transfundieron paquetes globulares, se les comento que lo que se había utilizado era gelafundin, nadie comento nada, el paciente sobrevivió y egreso en buenas condiciones.

El segundo, fue un paciente hepatopata con hemorragia espontanea, plaquetas disminuidas y tiempos prolongados, que requería transfusión y se negó a recibirla, se le dijo al paciente que los eritrocitos se lavarían para que no tuvieran antígenos, pero realmente se transfundió.

De los conflictos no resueltos; 42% egresaron como alta voluntaria; 25% fallecieron; 8% presento secuelas; y 25% no especificaron desenlace (figura 19; tabla XX en anexos).

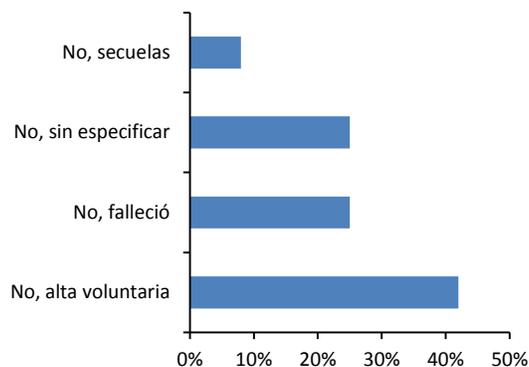


Figura 19. Desenlace de los conflictos no resueltos.

Las especialidades que tuvieron mayor número de conflictos resueltos fueron Cirugía general y Ortopedia (tabla XXI).

Especialidad	Número de conflictos	Resueltos	Sin resolver
Anestesiología	1	0	1
Angiología	1	0	1
Cirugía Maxilofacial	2	0	2
Cirugía Plástica	1	0	1
Cirugía General	2	2	0
Ginecobstetricia	No reportó conflictos		
Medicina Interna	4	1	3
Medicina General	No reportó conflictos		
Neurocirugía	No reportó conflictos		
Ortopedia	7	4	3
Urgencias	2	1	1
Total	20	8	12

Tabla XXI. Conflictos resueltos por especialidad

11.- ¿Qué siente al saber que usted, como médico, cuenta con las destrezas y los recursos necesarios para intentar la curación de un paciente y este no está dispuesto a someterse al procedimiento terapéutico propuesto por creencias religiosas, llegando incluso, a condicionarlo a exigir alternativas terapéuticas inexistentes o ineficaces?

La mayoría de médicos, expresaron sentir *frustración*, al contar con los recursos para ayudar a los pacientes y no poder aplicarlos (26% la mencionaron como sentimiento único, mientras que 48% la enlazaron con otros sentimientos predominantemente negativos); en segundo lugar, refirieron *respetar las creencias y decisiones del paciente así como su derecho de autonomía* (14% como opción única y 22% agregado a otras emociones); en tercer lugar refirieron *impotencia*, al no poder hacer nada ante las fuertes creencias religiosas, sabiendo que podría mejorar o salvarle la vida al paciente con la aplicación del tratamiento (6% como opción única y 16% ligado a otros sentimientos), en cuarto lugar expresaron *enojo* por coartación de su libertad profesional, al estar condicionados a las decisiones del paciente (2% como sentimiento único y 16% en adición a otros); en quinto lugar (6%) mencionaron *apatía*, comentando: “*no sentir nada*”; en sexto lugar (4%) *resignación*, al haber ofrecido y realizado lo que les corresponde y no poder hacer más por el paciente.

Otros sentimientos menos expresados, con 2% cada uno, fueron: *menosprecio*, al considerarlos “*gente ignorante*”; *limitación* al no poder actuar de acuerdo a sus conocimientos médicos si no a las decisiones del paciente; *furia e inconformidad* al ser acusados ante la Comisión de Derechos Humanos; *tristeza y culpa* al permitir que un paciente ponga en riesgo su vida o la de un familiar (figura 20; tabla XXII en anexos).

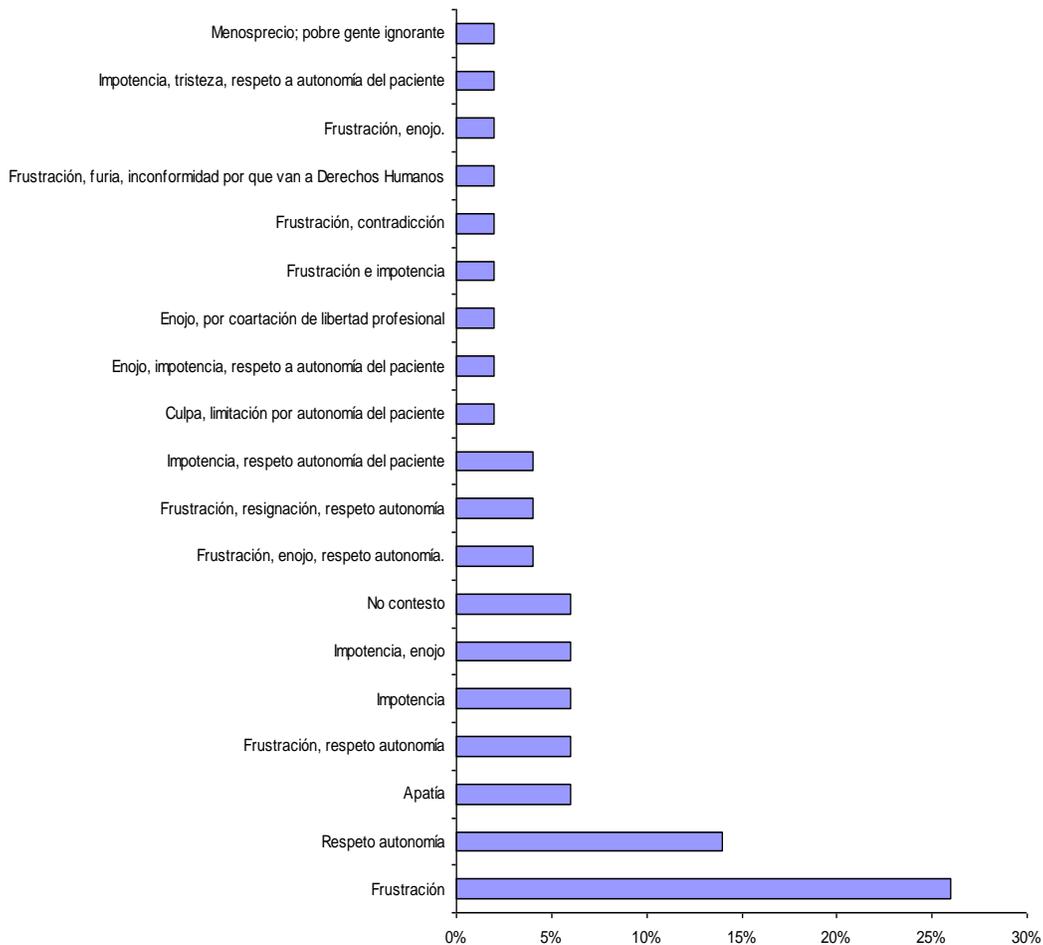


Figura 20. Significado del conflicto para los médicos

12.- ¿Qué alternativas y/o propuestas considera necesarias para resolver esta problemática?

Las propuestas con mayor número de apoyo, fueron informar mejor a los pacientes y familiares acerca de la importancia de la transfusión sanguínea en su tratamiento (22%), precedida por la sugerencia de crear una legislación con respecto al tema, específica y resolutive (18%), instaurar Hospitales específicos para pacientes testigos de Jehová, con médicos que no tengan conflicto en

realizar cirugías sin transfusiones (10%), lograr que los líderes de la congregación religiosa no mal informen a sus seguidores y permitan la transfusión (10%) y contar con alternativas eficaces (8%).

Las menos sugeridas fueron dialogar con los testigos de Jehová para llegar a una solución (4%), desarrollar moléculas sintéticas acarreadoras de oxígeno, utilizar el recuperador celular, utilizar los recursos con los que se cuente en la Unidad Hospitalaria, contar y llenar consentimiento informado para deslindar responsabilidades, respetar su decisión, autotransfundir (2% cada caso). 10% no contestó la pregunta, 2% cree que no existe solución y 2% manifestó “desaparecerlos” (figura 21; tabla XXIII en anexos).

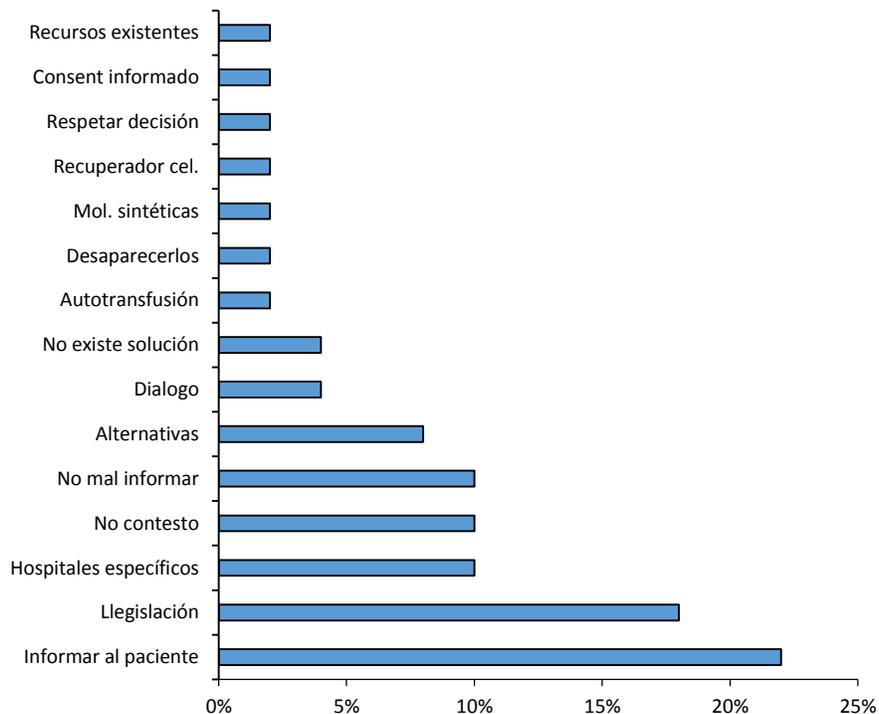


Figura 21. Propuestas ante la negativa de los pacientes testigos de Jehová a transfundirse.

Posterior a haber realizado la estadística descriptiva y analítica de los resultados realizaremos la interpretación de los mismos.

Interpretación analítica.

Se apreció que las transfusiones sanguíneas son consideradas un procedimiento indispensable y son utilizadas con frecuencia. Casi en su totalidad creen que el rechazo de esta terapéutica puede poner en peligro la vida; específicamente en el caso de patologías como el choque hipovolémico y/o hemorrágico.

Piensan que las creencias religiosas, no deberían de intervenir en los actos médicos; pero no están de acuerdo en obligar a los pacientes a transfundirse, salvo en caso de menores de edad.

El conocimiento que manifestaron acerca de las alternativas a hemotransfusiones con las que cuenta su institución fue muy diverso, a pesar de laborar en el mismo Hospital y fueron consideradas insuficientes.

Creen tener los conocimientos para enfrentar un conflicto generado por la negativa de un paciente testigo de Jehová a transfundirse, pero de los conflictos manifestados 60% no logró la conciliación

En la parte de los significados, se observó que el conflicto, representa para el médico sentimientos predominantemente negativos, que van desde la frustración e impotencia (de la obligación de respetar la autonomía de los pacientes y no poder actuar libremente) hasta el menosprecio y la apatía (por considerarlos ignorantes o irracionales), pasando por el enojo y la tristeza (al verse inmiscuidos en quejas o denuncias; por observar el deterioro de los pacientes y no poder intervenir).

Finalmente, se apreció, cierto grado de desconocimiento en algunas de las propuestas, así como intolerancia y pesimismo. Las propuestas más interesantes fueron hacer uso y difusión del recuperador celular y de otras alternativas, crear legislación específica y/o hospitales exclusivos para estos pacientes.

DISCUSIÓN

Derivado de los resultados del análisis de los casos clínicos se observó que aunque el número de casos presentados fue muy pequeño, fue suficiente para apreciar los aspectos que interfieren en esta temática y de cómo se convierte en una situación extremadamente compleja de resolver.

En ambos casos se identificaron conflictos religiosos, confirmándose lo que varios autores señalan con respecto de que el paciente testigo de Jehová, no desea morir y por eso busca atención médica, sin embargo sus creencias son tan fuertes que estarían dispuestos a sacrificar su vida “terrenal”, antes que desobedecer lo que “su dios les ordenado” y con ello “perder el paraíso” y la pertenencia a su congregación (resultaría importante conocer cuál de las dos pérdidas es la más importante) ³⁵.

El problema comenzó cuando el paciente manifestó su ideología y el rechazo al tratamiento quirúrgico necesario para su recuperación, debido a la necesidad de transfusión pre, trans y/o postoperatoria; ocasionando que los médicos tratantes entraran en conflicto, primero con su ideología profesional, ya que el tipo de relación-médico-paciente que sigue prevaleciendo, es un modelo paternalista, en el cual el médico decide que es lo mejor para el paciente y éste debe mostrar una actitud sumisa y pasiva; creándose un antagonismo ante la posibilidad de que el paciente pueda influir en decisiones médicas que hasta ese momento eran

incuestionables y además bajo argumentos que le resultan irracionales e ilógicos, dificultando la comunicación.

En segundo lugar enfrenta a los principios de beneficencia y autonomía, por lo que, aparecen dos posiciones: en la primera, está el propósito del médico de hacer bien y en la segunda, el derecho del paciente a tomar su propia decisión. Ocasionando también confusión entre los principios de beneficencia y no mal eficiencia, ya que el médico asume (y técnicamente es correcto) que al no transfundirlo está perjudicando su salud; sin embargo olvida que la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.¹

En ambos casos se identificó una resistencia al derecho de autonomía del paciente, con un retraso en los modelos de atención. Sin embargo, la actitud mostrada por ambos pacientes y familiares no fue conciliadora, rebasando el derecho al respeto de su ideología religiosa y exigiendo prácticas que van en contra de la *lex artis* médica, llegando incluso a ser groseros y retadores, lo que a su vez generó un ambiente más intolerante y menos resolutivo; el papel de la congregación religiosa fue inconsistente en ambos casos.

Es de interés señalar que en ambos fue necesaria la intervención de instancias extrahospitalarias, como lo fue la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, el departamento Jurídico del Hospital e incluso la Procuraduría General

de Justicia; lo que resulta diferente, es que dichas Instituciones no fueron llamadas por los pacientes, sino por el propio Hospital, en un intento de deslindar responsabilidades y se apreció, que ni siquiera dichas instancias saben con precisión como proceder ante el conflicto.

En el Caso No. 1 el Ministerio Público, dio participación al médico legista para realizar una clasificación de lesiones y aptitud para declarar como medidas sin fin; no se inició averiguación alguna, debido a que no existía delito que perseguir. En el Caso No.2 fue notificado para quedar como precedente y testigo ante las complicaciones derivadas del retraso en el tratamiento.

Por su parte Derechos Humanos no tuvo participación activa en el Caso No. 1; siendo el Caso No. 2 en el que realizó una recomendación de importancia; lo que pudiera traducirse, en falta de unificación de criterios y de conocimientos por parte del personal.

Ahora bien, la recomendación emitida, que fue la renta del recuperador celular, demuestra que existen alternativas a transfusiones sanguíneas eficaces y de calidad en el Distrito Federal; sin embargo estas no se encuentran al alcance de Hospitales Públicos y por otro parte, las alternativas existentes en estos son desconocidas por el personal de salud; mientras que el caso No. 1 se utilizó solo hierro, en el caso 2 intervinieron varios hematínicos (hierro, vitamina B12, eritropoyetina) y el uso del recuperador celular.

Sin embargo se observó que no es suficiente contar con alternativas, sino también con el conocimiento para usarlas y combinarlas, y disminuir los tiempos de espera, ya que en el caso No. 2 el recuperador celular tardó en conseguirse 55 días, lo que aumentó el riesgo de complicaciones y secuelas.

Además se identificaron conflictos morales (mentiras, condicionamientos, falta de apoyo a tratamientos por motivos no religiosos), administrativos y económicos (estancias hospitalarias prologadas, uso excesivo de recursos materiales y humanos, que conllevaron a fuertes gastos económicos); que a su vez impidieron brindarle atención médica a otros pacientes (consulta anexo F).

En el caso No. 1 la no conciliación del conflicto terminó en una alta voluntaria con responsiva médica y en el segundo en una alta transitoria, pues a pesar de haber contado con las alternativas y las condiciones para realizar los procedimientos quirúrgicos, solo fue posible realizar uno, egresando el paciente con una fractura mandibular sin tratamiento definitivo por falta de material de osteosíntesis, debido a que los familiares refirieron no poder solventar los costos del mismo y los programas de gratuidad y seguro popular no eran aplicables al caso, identificándose un conflicto más, de tipo asistencial.

En lo que respecta a los resultados de los cuestionarios aplicados, (aunque no se encontraron trabajos similares en la bibliografía), es posible compararlos con literatura aislada de cada aspecto.

Se identificó que las especialidades quirúrgicas siguen siendo las más perjudicadas por dicha problemática, siendo los traumatismos la patología inicial de atención y el alta voluntaria la forma de egreso más frecuente de los pacientes en los que no existió resolución, coincidiendo con lo señalado por otros autores.^{15,}

34

Además se apreció que para un Hospital de segundo nivel, como lo es el Hospital General Xoco, las transfusiones sanguíneas siguen considerándose como un procedimiento indispensable y de uso frecuente; que en caso de ser rechazado podría provocar la muerte.

A pesar de que más del 64% de los encuestados opinaron que las creencias religiosas no deberían de intervenir en los actos médicos, 48% no estaría de acuerdo en obligar a los testigos de Jehová a transfundirse, salvo en caso de menores de edad.

A pesar de que la mayoría de médicos creen saber qué hacer ante la negativa de un paciente a recibir hemoderivados, los conocimientos que manifestaron fueron inespecíficos (informar), defensivos (documentar rechazo, consentimiento

informado), incorrectos (autotransfundir), antiéticos (transfundir sin autorización) y poco resolutivos; solo un 8% menciona acciones con fines conciliatorios (utilizar alternativas, referirlo). Lo que señala que el conocimiento no se encuentra unificado y mucho menos, se cuenta con protocolos de acción.

Además se observaron inconsistencias entre el conocimiento que refieren tener y el número de conflictos que lograron resolver. En dos casos los médicos confesaron haber transfundido con engaños sin autorización del paciente, lo que resulta de interés, debido a que es una cuestión poco o nada documentada pero realizada en gran proporción.

Se identificó un desconocimiento de las alternativas con las que cuenta su Hospital y las conocidas son consideradas como insuficientes.

Los significados del conflicto, que se apreciaron fueron predominantemente negativos y relacionados con la molestia que les genera a los médicos el tener que respetar el derecho de autonomía del paciente por cuestiones religiosas, e incluso se identificaron ideas de menosprecio hacia este grupo.

Las propuestas más interesantes fueron hacer uso y difusión del recuperador celular y de otras alternativas, contar con legislación específica y hospitales exclusivos.

CONCLUSIONES

A partir del análisis cualitativo y cuantitativo de los conflictos que se identificaron ante el rechazo de las transfusiones sanguíneas por cuestiones religiosas y su significado tanto para el médico como para el paciente se concluye:

Que aun en pleno siglo XXI, a más de 143 años de la fundación de dicho grupo religioso y a más de 70 años de su establecimiento en México, sus creencias sigue ocasionando diversos conflictos en el área médica de difícil solución.

Involucran aspectos éticos, médicos y legales, los cuales llegan a contraponerse entre la ideología profesional del médico y la religiosa del paciente.

En este momento histórico las creencias religiosas siguen siendo la prioridad de los pacientes y sus familiares, aun por encima de la propia vida; mientras que los aspectos éticos y legales se han convertido en la prioridad de los médicos, desvirtuándose la atención de la salud y fracturándose la relación médico-paciente, generándose una lucha de poderes.

Se identificó un retraso en la evolución del tipo de relación médico-paciente, siendo predominante hoy en día, el paternalismo médico, con un rechazo hacia la autonomía del paciente.

Por otra parte la falta de conocimiento adecuado y el acceso a información incorrecta han convertido al paciente en un exigente peleador de derechos, que no se responsabiliza de su salud y ante la negación de terapéuticas no propone soluciones.

Los conflictos identificados en los casos clínicos y los descritos por los propios médicos, no solo fueron religiosos, éticos, médicos y legales, si no también morales, administrativos, económicos y sociales.

Existe un desconocimiento por parte de los médicos de las alternativas existentes en la actualidad y un desabastecimiento de estas en Hospitales Públicos.

Las instancias extrahospitalarias (Derechos Humanos, Ministerio Público) no saben cómo proceder ante situaciones de rechazo a transfusiones, debido a una legislación abundante pero inespecífica y ambigua; que crea un conflicto entre el bien máximo tutelado, la vida y el derecho de autonomía.

Es importante conocer el desarrollo de otras estrategias para disminuir las transfusiones, no por cuestiones religiosas, sino para mejorar la atención y disminuir los riesgos que estas conllevan, haciendo participe al Estado en su financiamiento.

Finalmente es necesario mantener una actitud propositiva y negociar paradigmas, informar y educar al paciente, sensibilizar y dotar de recursos al médico, con bases éticas y legales uniformes, específicas y claras. Mientras esto no suceda, el médico seguirá actuando con base en sus principios fundamentales, priorizando la vida sobre la religión, mientras que los pacientes seguirán prefiriendo morir o quedar con secuelas antes que transgredir su ideología.

RECOMENDACIONES

- ✚ Romper paradigmas
- ✚ Generar una cultura de respeto y tolerancia hacia la autonomía del paciente
- ✚ Informar adecuada y completamente al paciente, utilizando un lenguaje claro y sencillo.
- ✚ Valor el riesgo beneficio y buscar alternativas de manejo sin sangre.
- ✚ Referir al paciente a otro Hospital en donde se cuente con otras alternativas.
- ✚ Divulgar el uso de las alternativas con las que cuente cada Unidad Hospitalaria.
- ✚ Programas de actualización y sensibilización a médicos sobre nuevas tendencias en medicina sin transfusiones.
- ✚ Creación de lineamientos o guías intrahospitalarias.
- ✚ Apoyo del gobierno, con alternativas más eficaces y eficientes.
- ✚ Creación y aplicación de leyes específicas, con base en el derecho positivo.
- ✚ Creación de clínicas intrahospitalarias para pacientes que no deseen transfundirse.

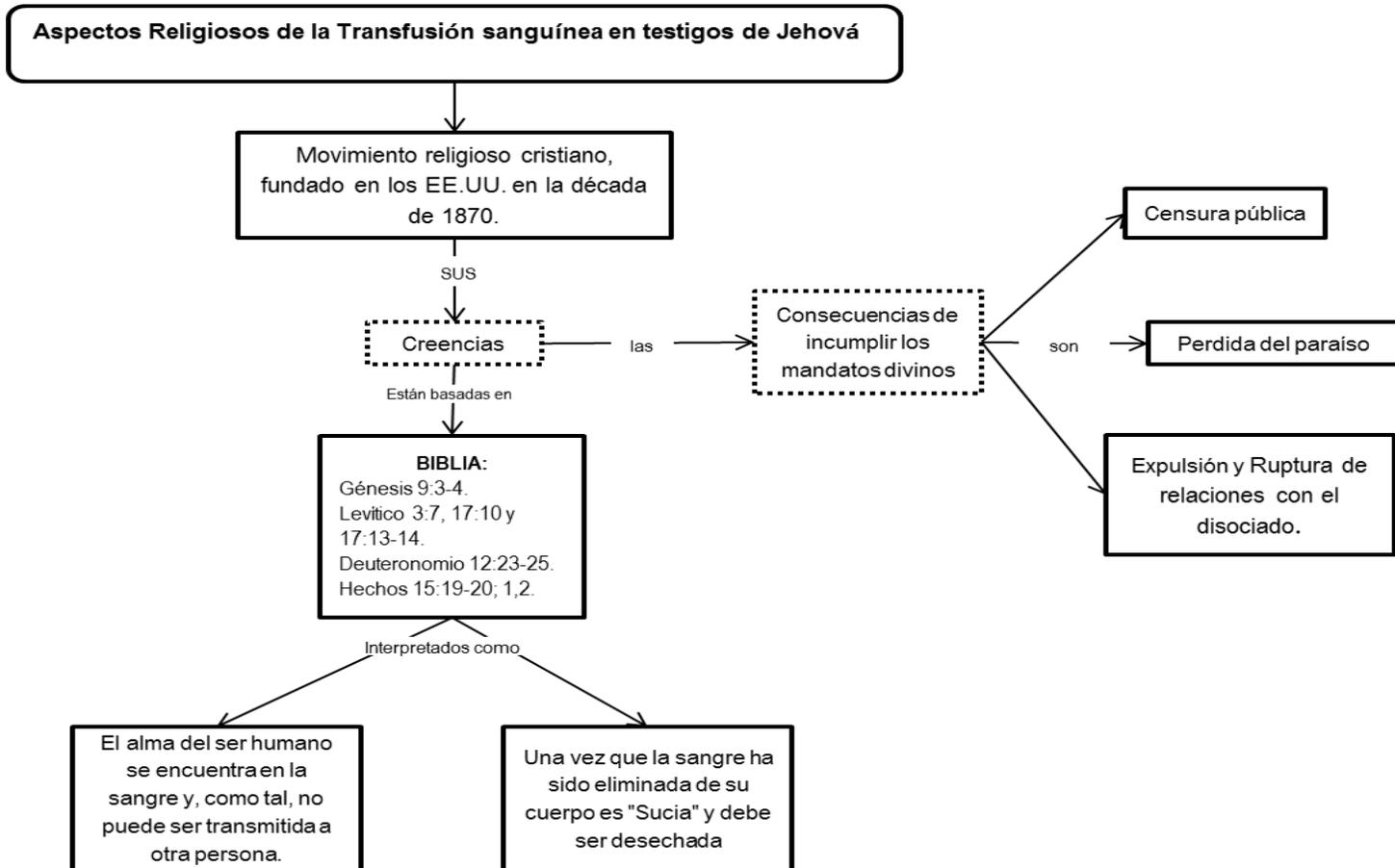
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luna G Arístides. Evolución del método de transfusión sanguínea y alternativas terapéuticas. MEDISAN. 2010; No. 14, Vol. 7 junio. 982-993.
2. Secretaría de Salud, Asociación Mexicana de Medicina Transfusional, A.C., Agrupación Mexicana para el Estudio de la Hematología, A.C., Guía para el uso clínico de la sangre. México, 2007.
3. Comisión de bioética de Castilla y León. Guía de recomendaciones para el empleo de hemoderivados en pacientes testigos de Jehová. [en línea] España 2010. [fecha de acceso 1 de febrero 2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/fr/bancoconocimiento/guia-recomendaciones-empleo-hemoderivados-pacientes-testigo>.
4. Pérez T José. Testigos de Jehová: entre la autonomía del paciente y el paternalismo justificado. InDret 2010; No. 2.1-24.
5. Pérez F. A., Gredilla E, Vicente J, García FJ, Reinoso BF. 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; No. 53. 31-41.
6. Pliego R. Carlos Lenin, Alcántara F. Guadalupe. Evolución de la transfusión sanguínea. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM 2012; No. 1, Vol. 55 enero-febrero. 35-42.
7. Wong L. Antonio, Campozano V. Karla, Su Ha Jung, Cadena Lorena. Shock hipovolémico por trauma: presentación de un caso clínico. Rev. "Medicina". 2009; No.3, Vol. 15, mayo. 236-241.
8. Lipšic E, Schoemaker Regien G, Van der Meer P, et al. Protective effects of erythropoietin in cardiac ischemia: from bench to bedside. J Am Coll Cardiol 2006; 48:2161-7.
9. Reyna C. Luz María. *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*. 5ta ed., México. Porrúa, 2005.367.
10. Shander Aryeh, Goodnough T Lawrence, Why an Alternative to Blood Transfusion?. Crit Care Clin 2009; No. 25. 261–277.
11. Torney A Christopher, Erickson L Michelle, Wu Y Yan. Current and Future Alternatives for Allogeneic Blood Product Transfusions. US HEMATOLOGY 2007. 35-39.
12. Atkinson J. Lucy, Howard F. NancyMarie. Técnicas de Quirófano. 8va. Ed. España. Harcourt Brace, 1998. 989.
13. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consulta Interactiva de Datos, Defunciones Generales, Causas Detalladas CIE y Lista Mexicana de Enfermedades. [en línea] 2011. [fecha de acceso 1 de febrero 2013]. Disponible

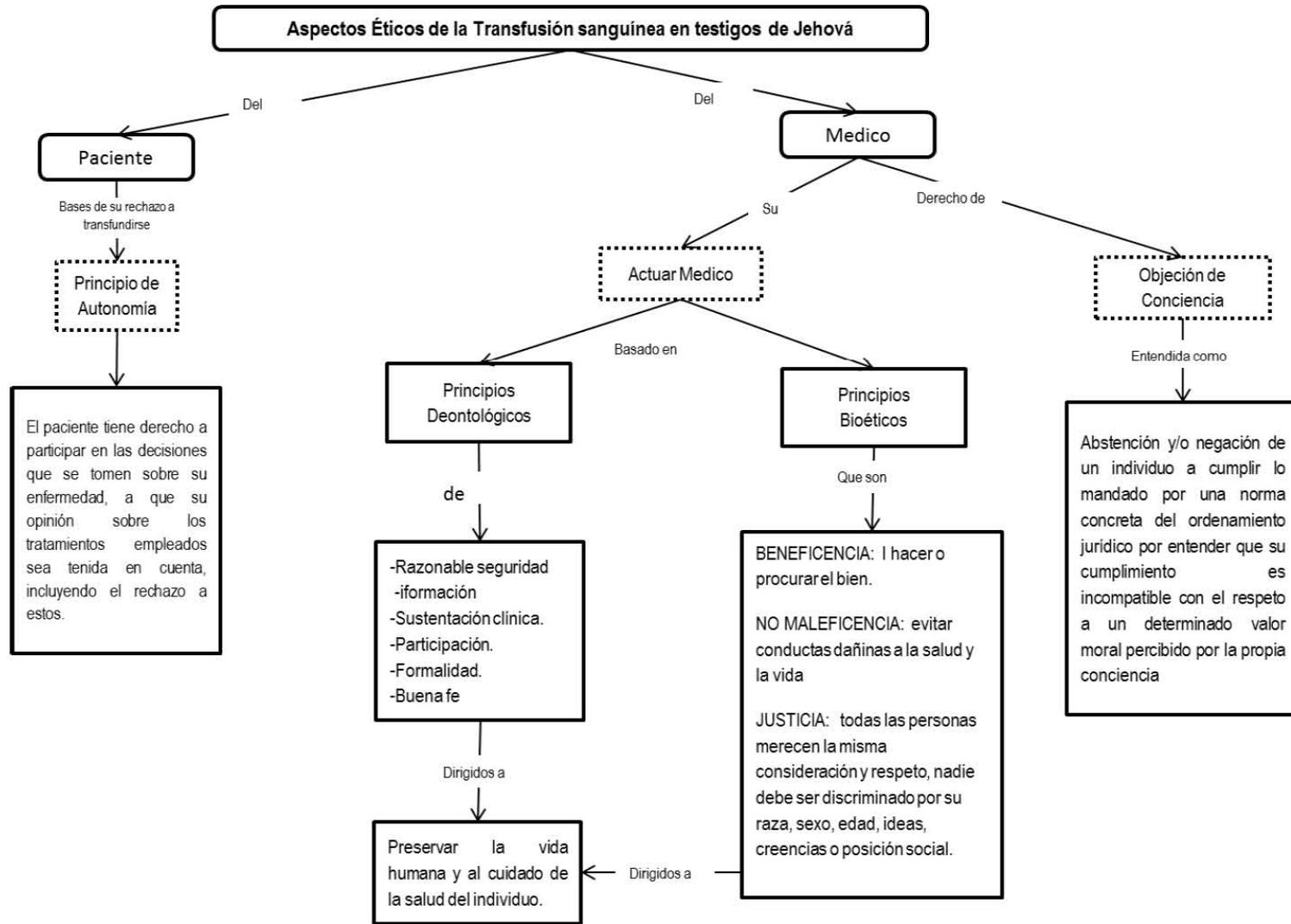
- en:<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/proyectos/continuas/vitales/bd/mortalidad/MortalidadGeneral.asp?s=est&c=11144>.
14. Milligan J Lisa, Bellamy C Marck, Anaesthesia and critical care of Jehovah's Witnesses. *Critical Care & Pain* 2004; No. 4, Vol. 2. 35-39.
 15. Murillo G Guillermo. Las transfusiones de sangre y los Testigos de Jehová. Aspectos ético-médico-legales aún no resueltos. *Med Int Mex* 2010; No. 26, Vol. 4. 390-396.
 16. Xavier de França S Inacia, Santos B Rosilene, Sousa B Virginia. Ethical dilemmas in blood transfusion in Jehovah's Witnesses: A legal-bioethical analysis. *Acta Paul Enferm* 2008; No. 21, Vol. 3 jul.498-503.
 17. Policy for the clinical management of Jehovah's witnesses and other patients who refuse blood components. [monografía en línea]. Helen M. July 2008. [fecha de acceso 1 de febrero 2013]. Disponible en:http://www.ruh.nhs.uk/about/policies/documents/clinical_policies/blue_clinical/Blue_783_Clinical_Management_of_Jehovahs_Witnesses_and_Other_Patients_who_refuse_blood_components.pdf.
 18. Guidelines on the clinical management of Jehovah's witnesses. East Kent Hospitals NHS Trust. [en línea] November 2007. [Fecha de acceso 1 de febrero 2013]. Disponible en:http://eastkentgpvts.co.uk/Guidelines_on_the_Clinica~_Jehovah's_Witnesses.pdf.
 19. Guidelines for transfusion options and alternatives. New York State Council on Human Blood and Transfusion Services. [en línea] 2010. [fecha de acceso 1 de febrero 2013]. Disponible en:http://www.wadsworth.org/labcert/blood_tissue/pdf/txoptsalts0411.pdf.
 20. Molinelli Andrea, Rocca Gabriele, Bonsignore Alessandro, Celesti Renzo. Legal guardians and refusal of blood transfusion. *Blood Transfus* 2009; No.7. 319-24.
 21. Marcano N Yasmin. Transfusión sanguínea en pacientes Testigos de Jehová mayores de edad: Derechos Involucrados. *Cuestiones Jurídicas* 2009; No. III, Vol. 1. 11-42.
 22. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Deontología médica y Bioética. [en línea] México [fecha de acceso 01 de marzo 2013]. Disponible en:www.conamed.gob.mx/prof_salud/pdf/deontologia.pdf
 23. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. Febrero 5 de 1917, Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación 30-11-2012.
 24. Código Penal Federal. Diario Oficial de la Federación. Agosto 14 de 1931. . Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación: 25-01.2013.
 25. Código Civil Federal. Diario Oficial de la Federación. Mayo 26, julio 4, agosto 3 y 31 de 1928. Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación: 09-04-2012.
 26. Ley General de Salud. Diario Oficial de la Federación. Febrero 7 de 1984, Última reforma publicada Diario Oficial de la Federación 25-01-2013.

27. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Diario Oficial de la Federación. Abril 29 de 1986.
28. Ley reglamentaria del artículo 5o. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. Diario Oficial de la Federación, 26 de mayo de 1945.
29. Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. NOM-003-SSA2-1993. Diario Oficial de la Federación. Julio de 1994.
30. Norma Oficial Mexicana para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos. NOM-253-SSA1-2012 (modifica a la NOM-003-SSA2-1993, publicada el 18 de julio de 1994). Diario Oficial de la Federación. Noviembre de 2012.
31. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM.168.SSA1.1998. Diario Oficial de la Federación. Diciembre de 1998.
32. Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico. NOM-004-SSA3-2012. (modifica a la NOM.168.SSA1.1998 publicada el 7 de diciembre de 1998). Diario Oficial de la Federación. Octubre 2012.
33. Comisión de Arbitraje Médico. Recomendaciones para la Atención de Pacientes Testigos de Jehová. . Boletín Informativo (Méx).2005; 1(14).
34. Tena T. Carlos, Sánchez G. Jorge, Campos C. Esther Mahuina. Actitud Médica ante la negativa de recibir hemotransfusiones por pacientes Testigos de Jehová. Ginecol Obstet Mex 2006; No.10, Vol.74 octubre. 523-31
35. Álvarez M. Adolfo. Los testigos de Jehová y la cuestión de la sangre. El aspecto religioso implicado. Rev. Latinoam. Der. Med. Medic. Leg. 1997; No. 1, Vol. 1.3-8.

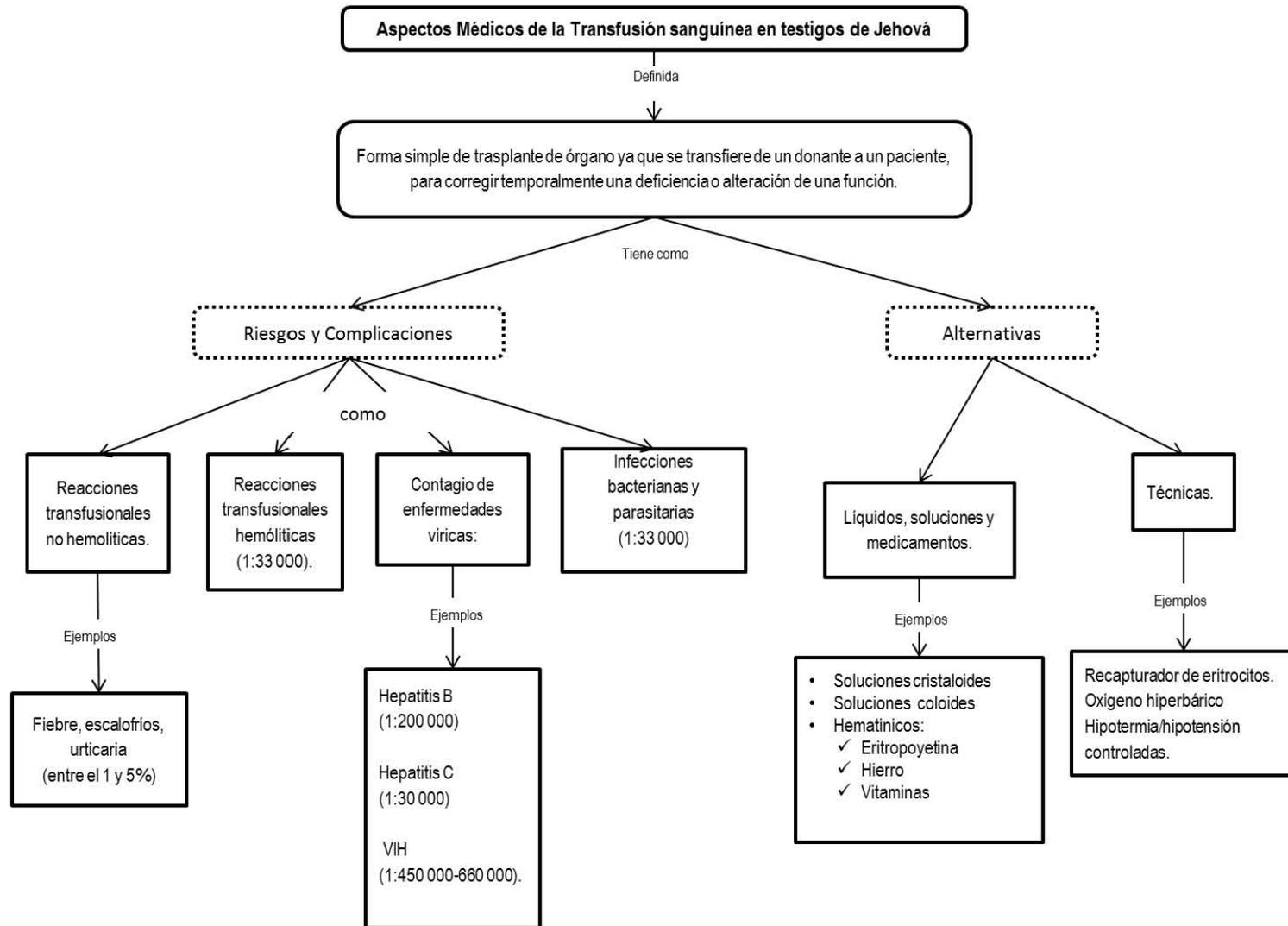
ANEXO A. MAPAS CONCEPTUALES GENERALES



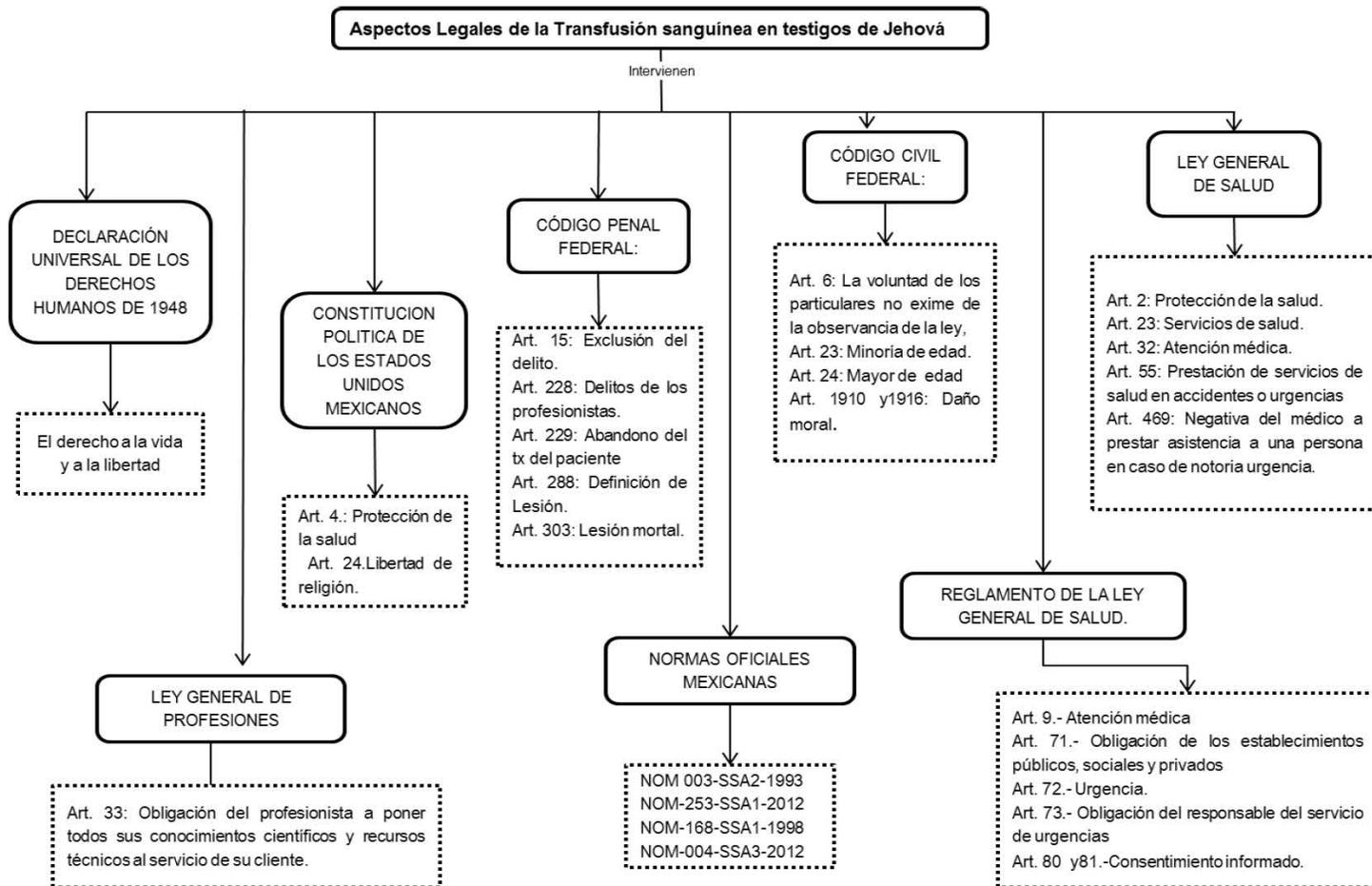
Aspectos religiosos de la transfusión sanguínea en testigos de Jehová



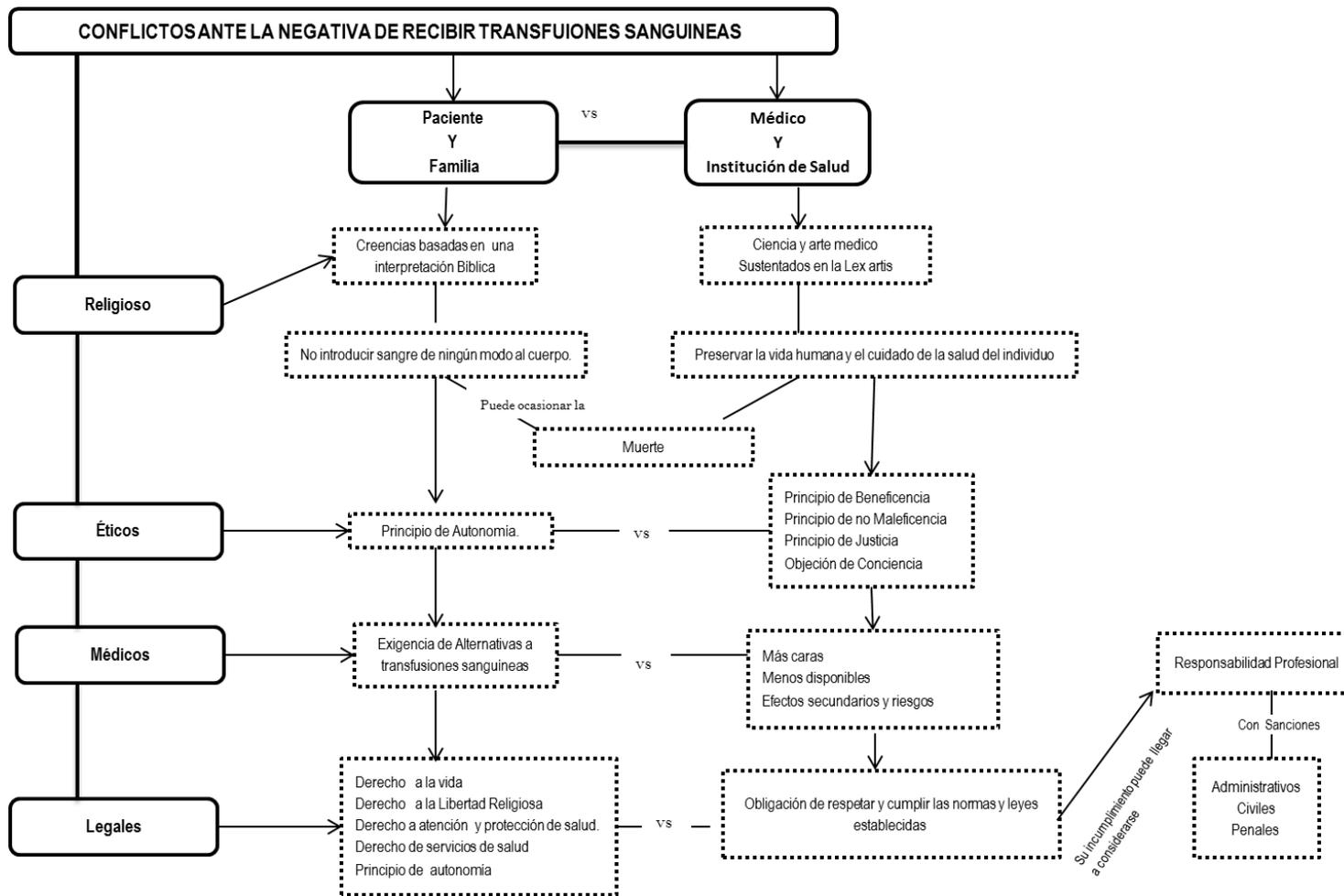
Aspectos éticos de la transfusión sanguínea en testigos de Jehová.



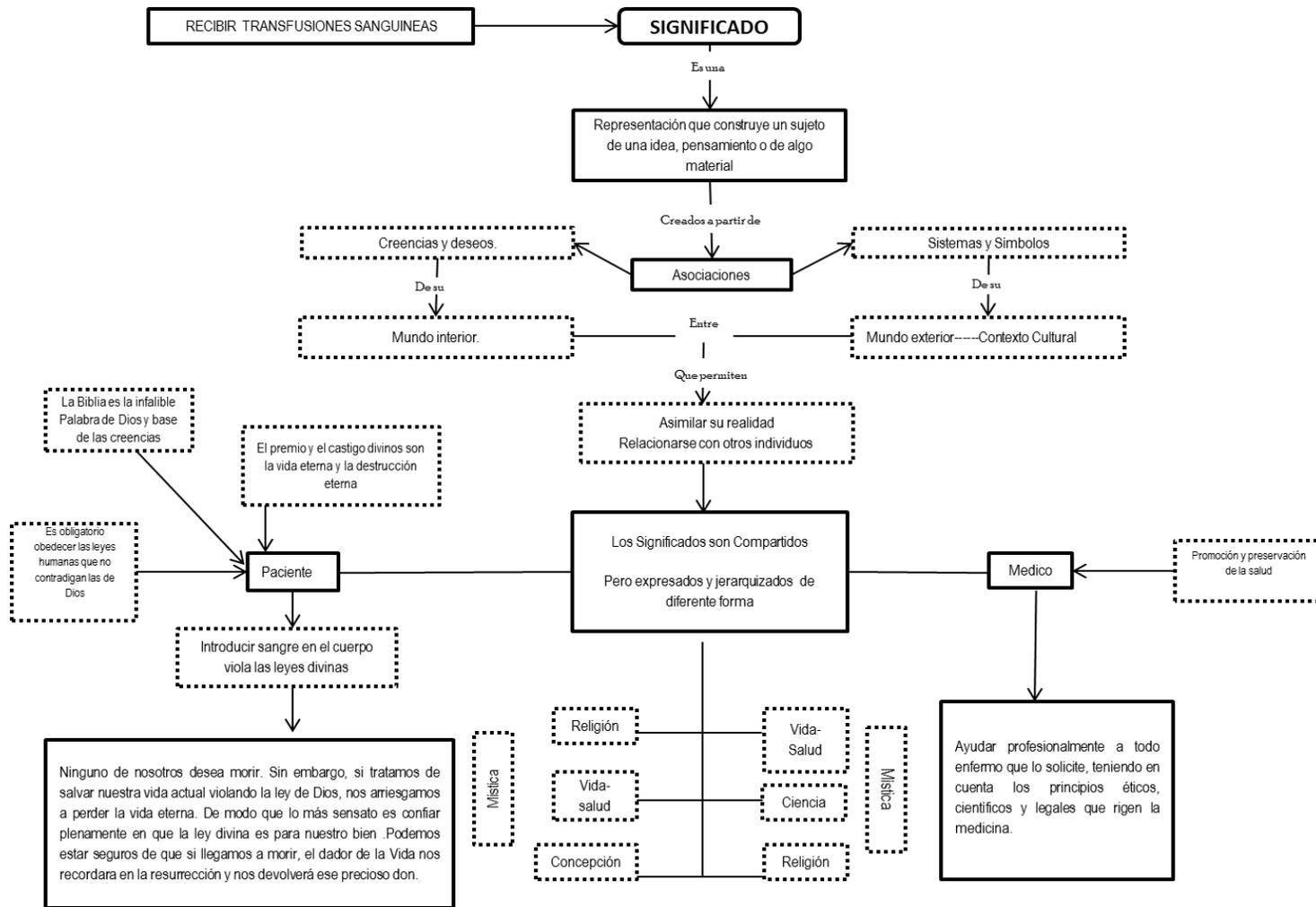
Aspectos Médicos-Clínicos de la transfusión sanguínea en testigos de Jehová.



Aspectos legales de la transfusión sanguínea en testigos de Jehová.



Conflictos generados a partir del rechazo de las transfusiones sanguíneas por los testigos de Jehová



Significado de la problemática rechazo de transfusiones sanguíneas para pacientes testigos de Jehová y médicos.

ANEXO B. VARIABLES Y CATEGORIAS DEL ESTUDIO

VARIABLE / CATEGORIA (Índice-indicador / constructo-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Aspectos religiosos	Categoría teórica	Elementos relacionados con el conjunto de creencias o dogmas acerca de la divinidad y la formación mística que en conjunto determina la forma y la interpretación de vivir.	Cualitativa nominal	Características de la Religión de los Testigos de Jehová
Aspectos éticos	Categoría teórica	Elementos relacionados con la moral y la acción humana.	Cualitativa nominal	Del Paciente: ○ Principio de Autonomía Del médico: ○ Acto médico. ○ Deontología médica. ○ Bioética.
Aspectos médicos	Categoría teórica	Elementos relacionados con el conjunto de técnicas y conocimientos orientados a preservar o recuperar la salud del ser humano, realizadas por el profesional de la medicina.	Cualitativa nominal	Transfusión sanguínea: ▪ Usos ▪ Riesgos ▪ Complicaciones ▪ Alternativas.
Aspectos legales	Categoría teórica	Elementos relacionados con las reglas y normas que rigen el actuar de los seres humanos, en consonancia con la justicia y para el bien de la sociedad en su conjunto.	Cualitativa nominal	Leyes y normas, existentes, relacionadas con el tema.
Para los expedientes a analizar:				
Sexo	De contexto	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo.	Cualitativa nominal	• Masculino • Femenino
Edad	De contexto	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio.	Cuantitativa continua	• Años cumplidos.
Domicilio	De contexto	Circunscripción territorial donde se asienta una persona.	Cualitativa nominal	• Delegación
Escolaridad	De contexto	Nivel de instrucción académica.	Cualitativa nominal	• Abierta
Estado Civil	De contexto	Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra	Cualitativa nominal	• Soltero • Casado
Ocupación	De contexto	Clase de trabajo que efectúa una durante el periodo de referencia.	Cualitativa nominal	• Abierta
Motivo de Ingreso.	De contexto	Causa o razón por la cual el paciente acudió al hospital.	Cualitativa nominal	• Abierta
Diagnóstico de Ingreso.	De contexto	Identificación de la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus signos y síntomas característicos al ingreso del paciente a la unidad hospitalaria.	Cualitativa nominal	• Abierta
Motivo de Egreso	De contexto	Causa o razón por la cual el paciente se dio de alta del hospital.	Cualitativa nominal	• Abierta
Diagnóstico de Egreso	De contexto	Identificación de la naturaleza de una enfermedad, con la cual el paciente salió del hospital, posterior a analizar los signos y síntomas, y de realizar los estudios pertinentes.	Cualitativa nominal	• Abierta
Estancia Hospitalaria	De contexto	Días que el paciente estuvo hospitalizado. Para obtenerla será necesario conocer la fecha de ingreso y egreso	Cualitativa discontinua.	• No. de Días
Fecha de Ingreso.		Tiempo en el cual el paciente entro al hospital por primera vez.		• Día/mes/año
Fecha de Egreso		Tiempo en el cual el paciente salió del hospital.		• Día/mes/año
Servicio	De contexto	Área de atención médica en donde se encontró hospitalizado el paciente.	Cualitativa nominal	• Abierta
Antecedentes de importancia	De contexto	Enfermedades, hábitos o circunstancias del paciente, que pudieran afectar o agravar el padecimiento actual.	Cualitativa nominal	• Abierta

Resumen clínico	De contexto	Exposición breve y esencial de la evolución del padecimiento médico, durante su estancia en la unidad médica.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta
Conflicto	Compleja	Disconformidad que surgió a partir de la negativa a la transfusión sanguínea.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abierta.
Resolución		Solución que se emitió para resolver el problema suscitado o percibido	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Abierta.
Significado del conflicto		Concepto, valor y sentido de la transfusión sanguínea para el testigo de Jehová.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ SI ▪ NO ▪ Especifique-abierta
Para los cuestionarios de opinión:				
VARIABLE / CATEGORIA (Índice-indicador / constructo-criterio)	TIPO	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN
Especialidad	De contexto	Estudios cursados por un graduado o licenciado en medicina en su período de posgrado que lo dotan de un conjunto de conocimientos médicos especializados relativos a un área específica.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta
Sexo	De contexto	Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino • Femenino
Edad	De contexto	Tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento hasta la fecha del estudio.	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> • Años cumplidos.
Religión	De contexto	Actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta
Utilidad de las transfusiones sanguíneas	De contexto	Interés, provecho, necesidad o fruto que se obtiene de las transfusiones sanguíneas	Cualitativa nominal	Inútil, Innecesario y arcaico. Útil, Necesario pero no indispensable. Útil, Necesario e indispensable.
Frecuencia con que utilizan transfusiones sanguíneas.	De contexto	Número de veces con que ocupan las transfusiones sanguíneas en una semana.	Cuantitativa continua.	Menos de una vez por semana De 2 a 5 veces por semana. Más de 5 veces por semana.
Alternativas con las que cuentan	De contexto	Opciones existentes para no usar sangre.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Abierta
Características de las alternativas	De contexto	Aspectos propios de las alternativas a las transfusiones sanguíneas	Cualitativa nominal	Adecuadas y suficientes Inadecuadas e insuficientes Adecuadas pero insuficientes
Riesgo de muerte al no recibir una transfusión	De contexto	Vulnerabilidad de morir al no recibir una transfusión sanguínea	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • SI hay riesgo • NO hay riesgo • Especifique-abierta
Intervención de creencias religiosas en actos médicos	De contexto	Acción que las creencias religiosas toman en el acto médico	Cualitativa nominal	No deberían de intervenir. Deben de respetarse en todo momento. El paciente tiene derecho a decidir libremente sobre sus tratamientos.
Saber qué hacer con un paciente testigo de Jehová.	De contexto	Conocimiento de las acciones que deben de hacerse en un paciente testigo de Jehová que rechaza una transfusión sanguínea.	Cualitativa nominal	<ul style="list-style-type: none"> • SI saben • NO saben

Obligar a testigos de Jehová a transfundirse	De contexto	Lograr que por la fuerza los testigos de Jehová acepten las transfusiones sanguíneas.	Cualitativa nominal	No obligar Sí obligar No, salvo que se trate de menores de edad.
Conflictos vividos	Compleja	Disconformidades que han sufrido con pacientes testigos de Jehová.	Cualitativa nominal	▪ Abierta
Resolución de conflictos vividos		Solución que se emitió para resolver el problema.	Cualitativa nominal	SI NO Especifique-abierta
Significado del conflicto		Concepto, valor y sentido que le da al conflicto el médico.	Cualitativa nominal	▪ Abierta
Alternativas y/ propuestas de solución.	De contexto	Ideas que llevarán a terminar con el conflicto.	Cualitativa nominal	▪ Abierta

Resolución: _____

Conflicto (s) identificados: _____

Fue posible identificar el significado del conflicto de la transfusión sanguínea en el paciente testigo de Jehová: Si No

Especificar: _____

ANEXO D.

CUESTIONARIO PARA MEDICOS

TRANSFUSION SANGUINEA EN TESTIGOS DE JEHOVA

Los Testigos de Jehová basados en su interpretación bíblica particular, se oponen a las transfusiones de componentes hemáticos, como recurso terapéutico; situación que ha ocasionado diversos problemas en el ejercicio de la práctica médica. El siguiente cuestionario pretende conocer su opinión y su experiencia acerca de dicho tema.

ESPECIALIDAD: _____ Sexo: M F Edad: _____años Religión: _____.

1.- ¿Las transfusiones sanguíneas, son un procedimiento?

- a) Inútil, Innecesario y arcaico.
- b) Útil, Necesario pero no indispensable.
- c) Útil, Necesario e indispensable.

2.- ¿Con que frecuencia hace uso de lastranfusiones sanguíneas?

- a) Menos de una vez por semana
- b) De 2 a 5 veces por semana.
- c) Más de 5 veces por semana.

3.-¿Con que alternativas cuenta en su unidad de trabajo, en caso de que un paciente se niegue a recibir una transfusión sanguínea?

_____.

4.- ¿Estas alternativas son?

- a) Adecuadas y suficientes
- b) Inadecuadas e insuficientes
- c) Adecuadas pero insuficientes.

5.- ¿Una negativa a recibir una transfusión sanguínea, puede poner en peligro la vida de un paciente?SI NO

¿Por qué?:

_____.

6.- ¿De qué manera considera usted que las creencias religiosas de los pacientes testigos de Jehová, deberían de intervenir en los actos médicos diagnósticos o terapéuticos?

- a) Las creencias religiosas no deberían de intervenir en las acciones médicas, las cuales tienen un sustento científico y están dirigidas al bienestar del paciente.
- b) Las creencias religiosas deben de respetarse en todo momento.
- c) El paciente tiene derecho a decidir libremente sobre sus tratamientos, a pesar de que estos no concuerden con los que plantea el médico.

7.- ¿Sabe qué hacer en caso de tener como paciente un testigo de Jehová que necesite una transfusión sanguínea y se niegue a aceptarla? SI NO

Especifique: _____
_____.

8.- ¿Debería de obligarse a los Testigos de Jehová a recibir transfusiones de sangre?

- a) No, ellos son libres de pensar y hacer con su cuerpo lo que quieran.
- b) Sí, su salud debe estar por encima de sus creencias religiosas.
- c) No, salvo que se trate de niños y sean sus padres los que prohíben las transfusiones por motivos religiosos.

➤ SI ha tenido algún conflicto con un paciente testigo de Jehová, debido a su negativa a recibir transfusiones sanguíneas conteste las siguientes preguntas. En caso contrario, pase a la pregunta número 11.

9.-¿Cuál fue el Conflicto?

_____.

10.-¿El conflicto se logró resolver? SI NO

Especifique, como:

_____.

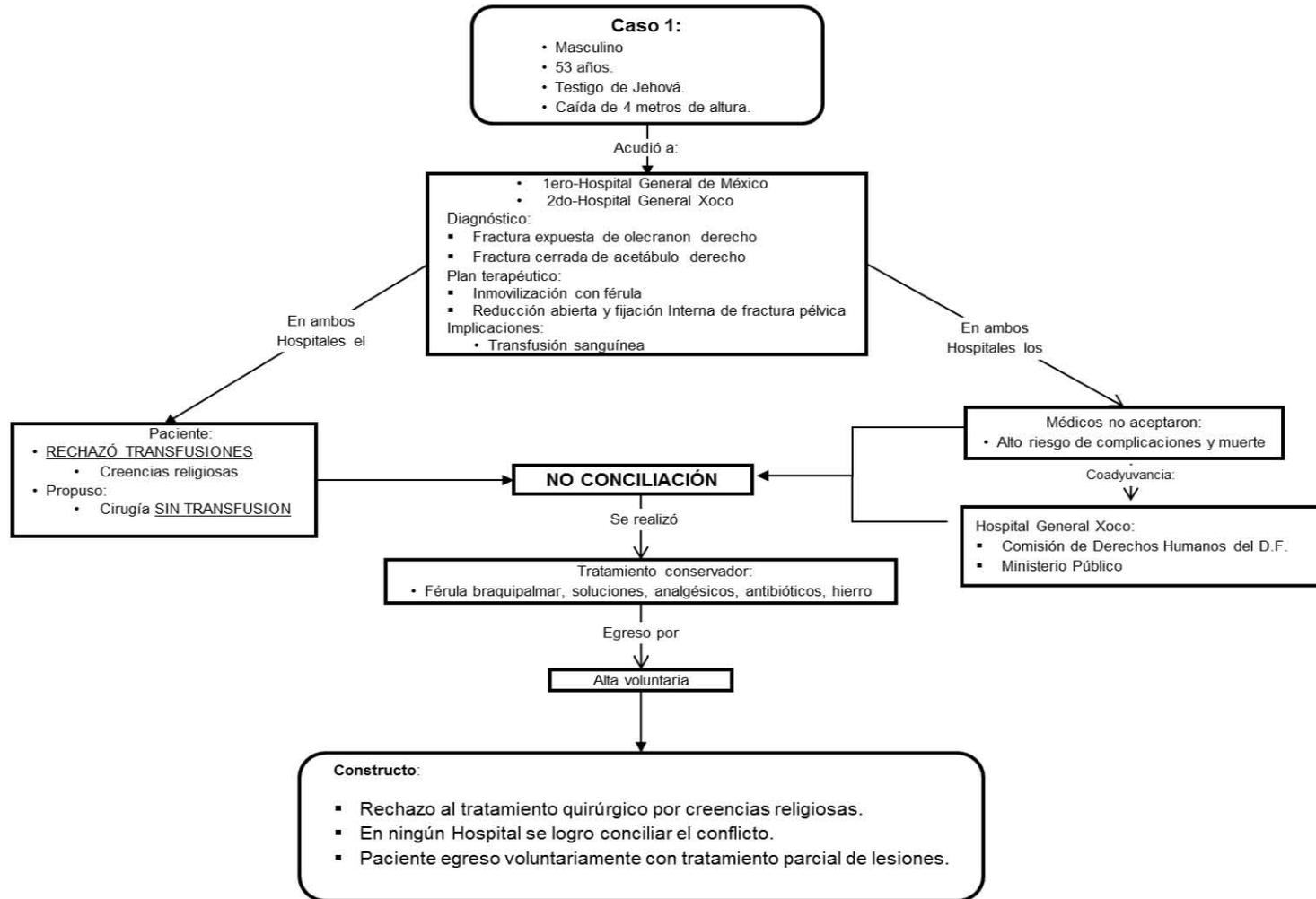
11.-¿Qué siente al saber que usted, como médico, cuenta con las destrezas y los recursos necesarios para intentar la curación de un paciente y este no está dispuesto a someterse al procedimiento terapéutico propuesto por creencias religiosas, llegando incluso, a condicionarse a exigir alternativas terapéuticas inexistentes o ineficaces?

_____.

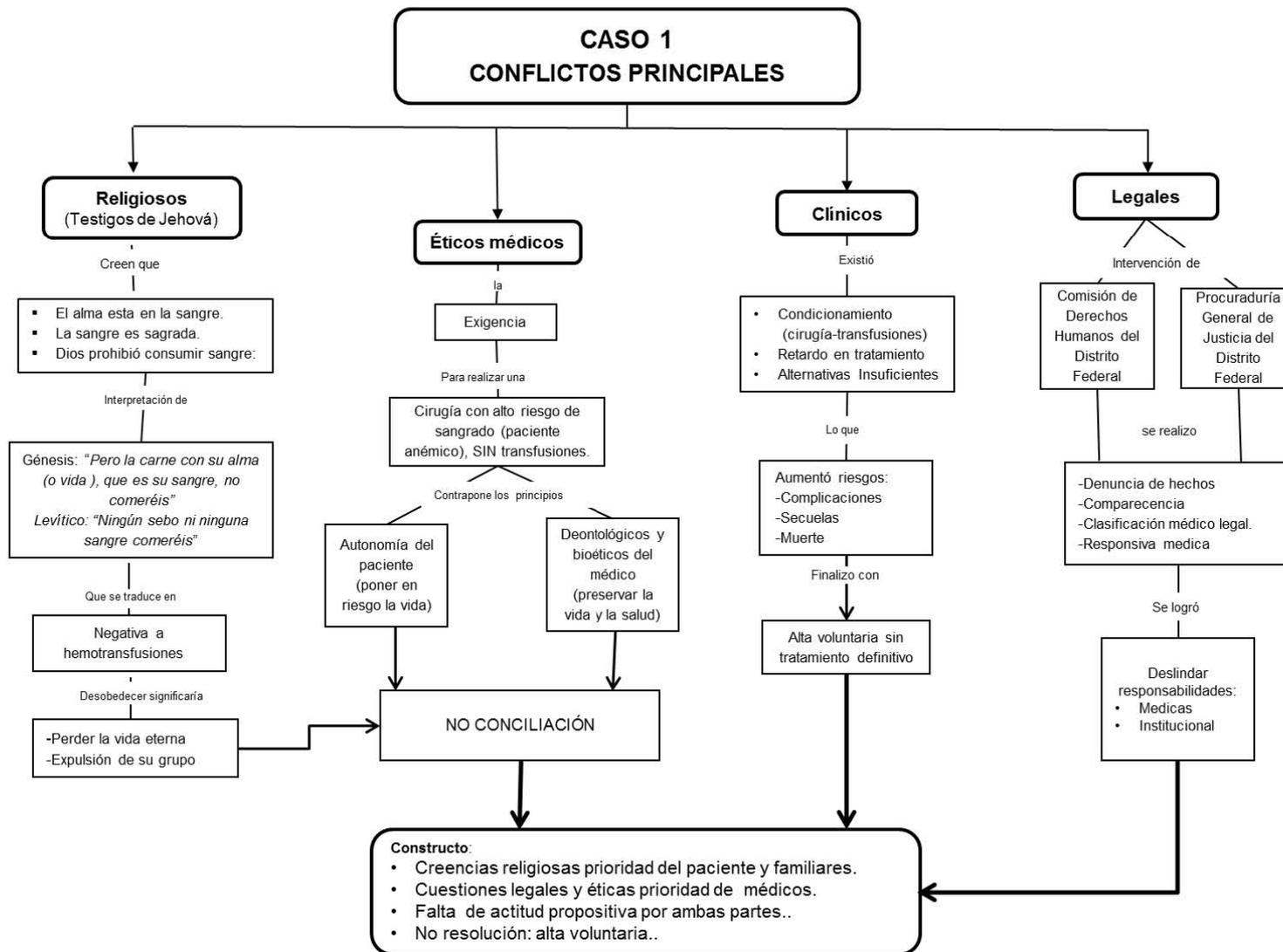
12.- ¿Qué alternativas y/o propuestas considera necesarias para resolver esta problemática?

_____.

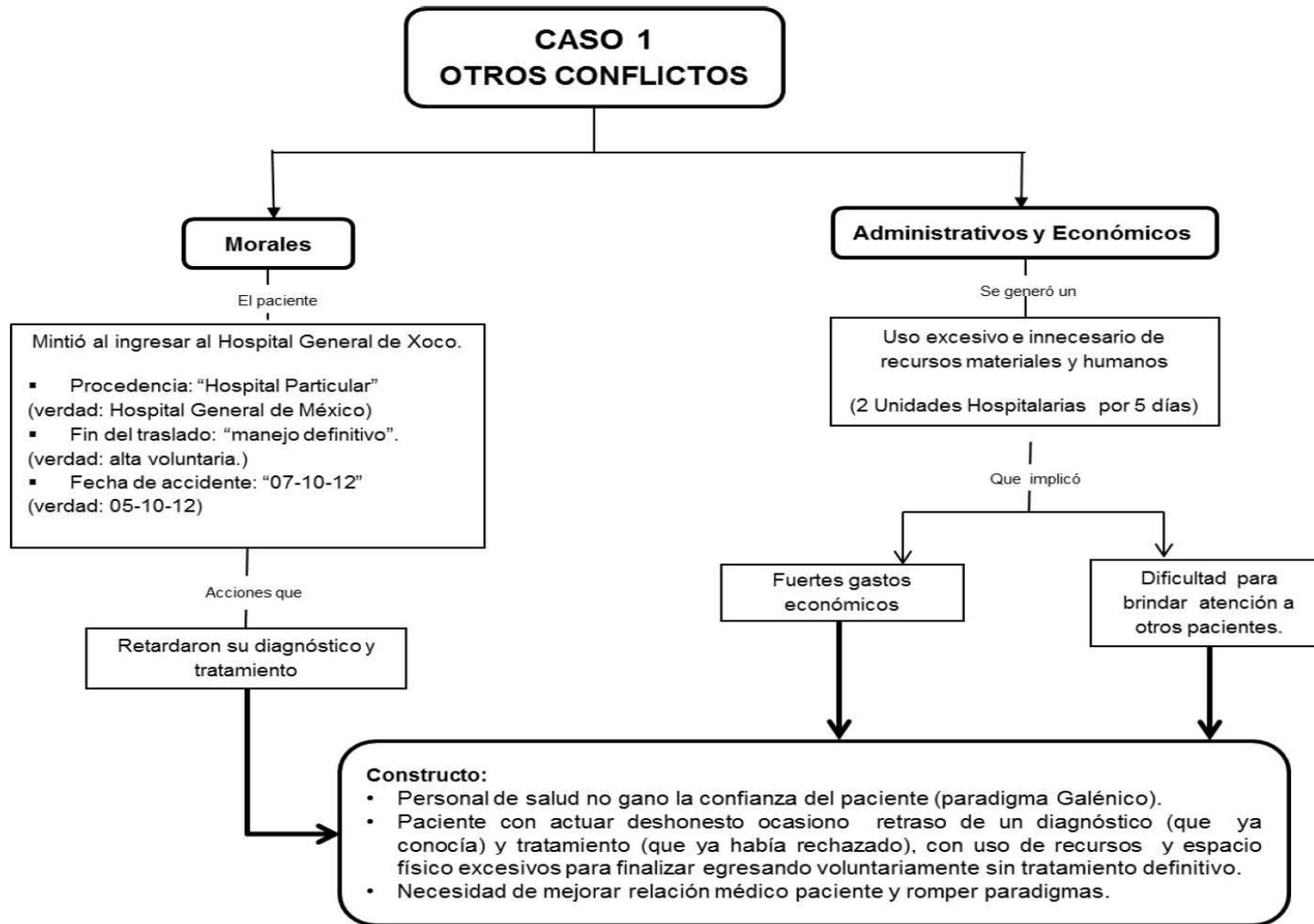
ANEXO E. MAPAS CONCEPTUALES DE CASOS CLÍNICOS



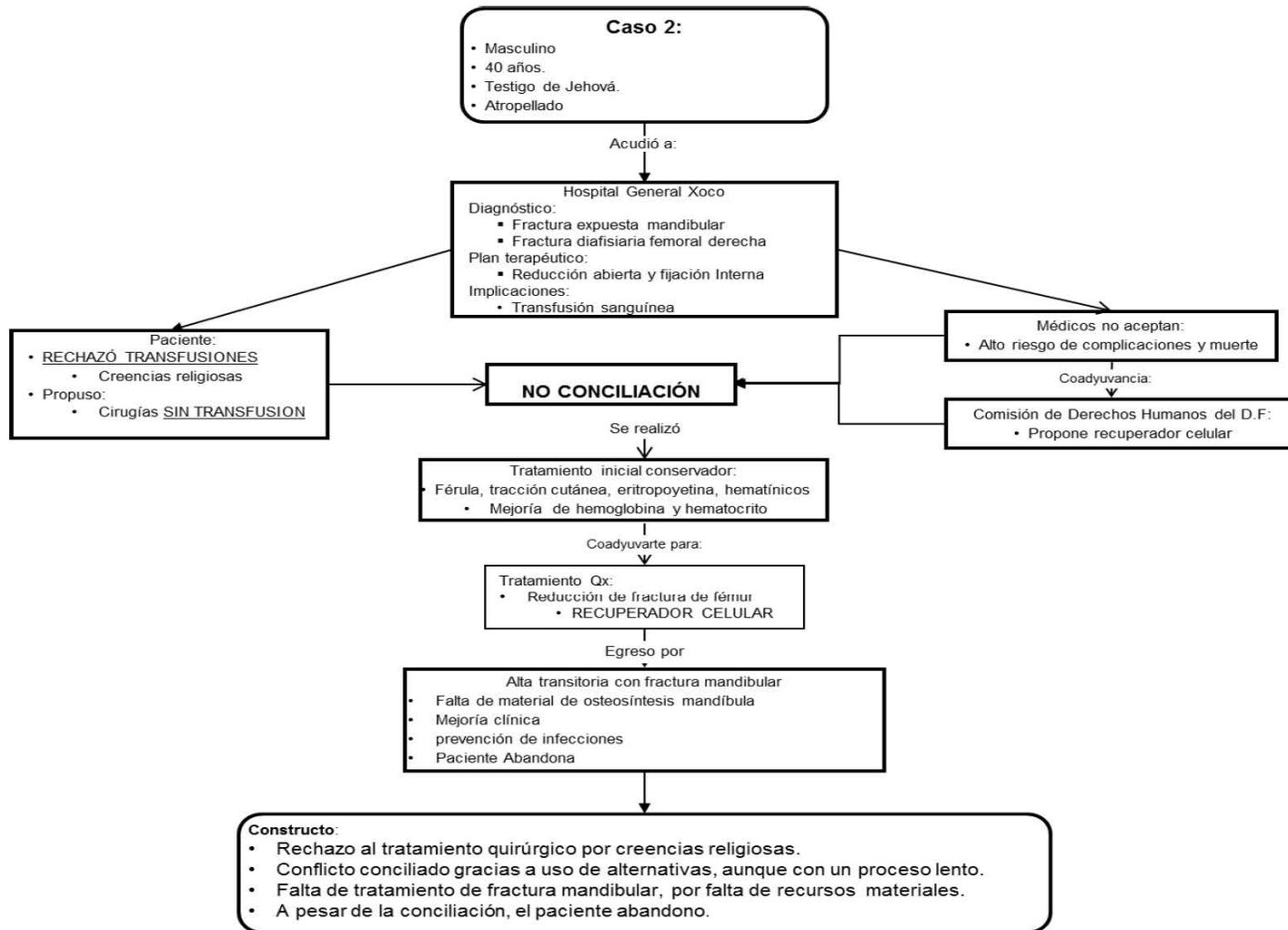
Aspectos generales del Caso No. 1.



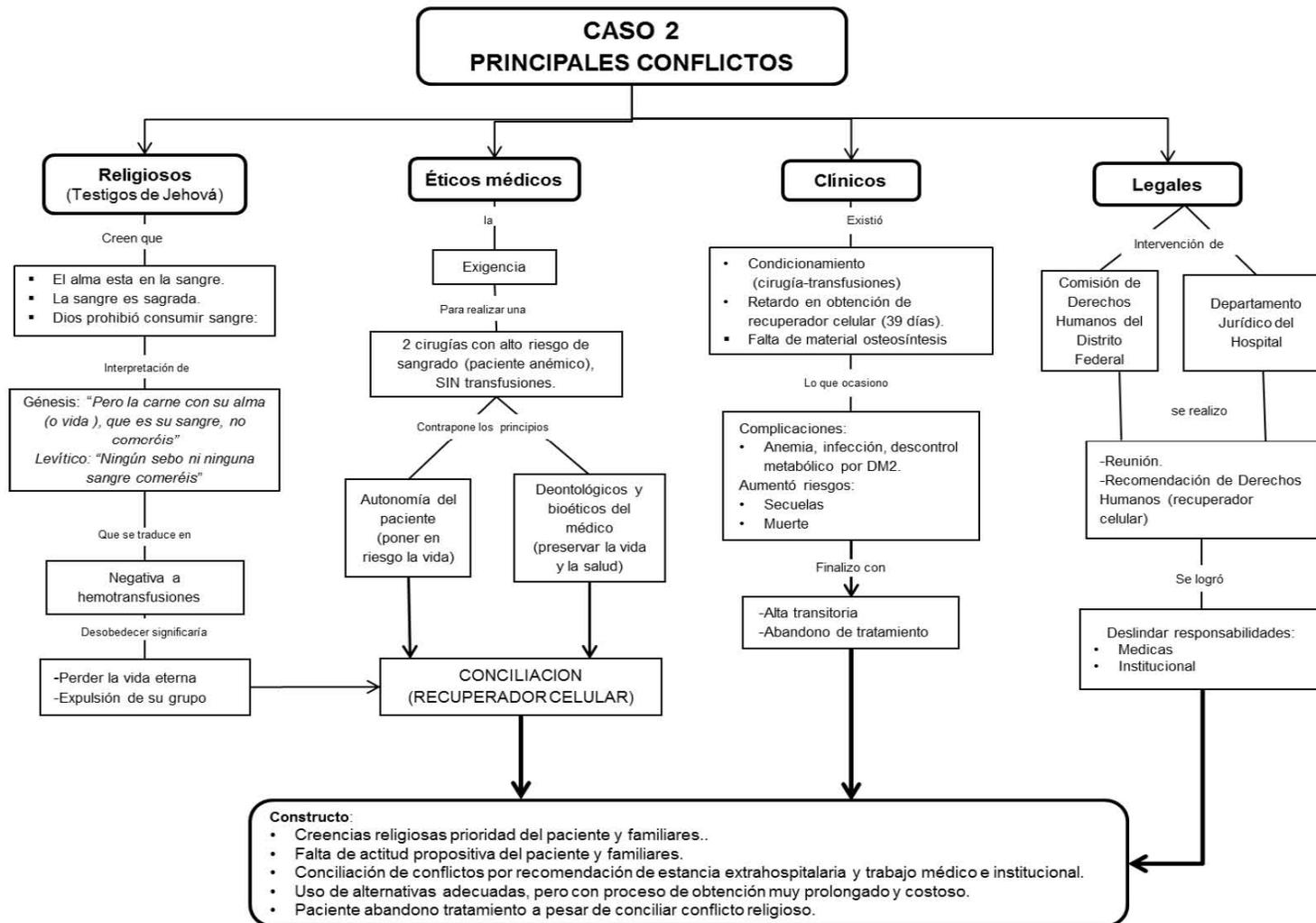
Conflictos principales identificados en el Caso No. 1



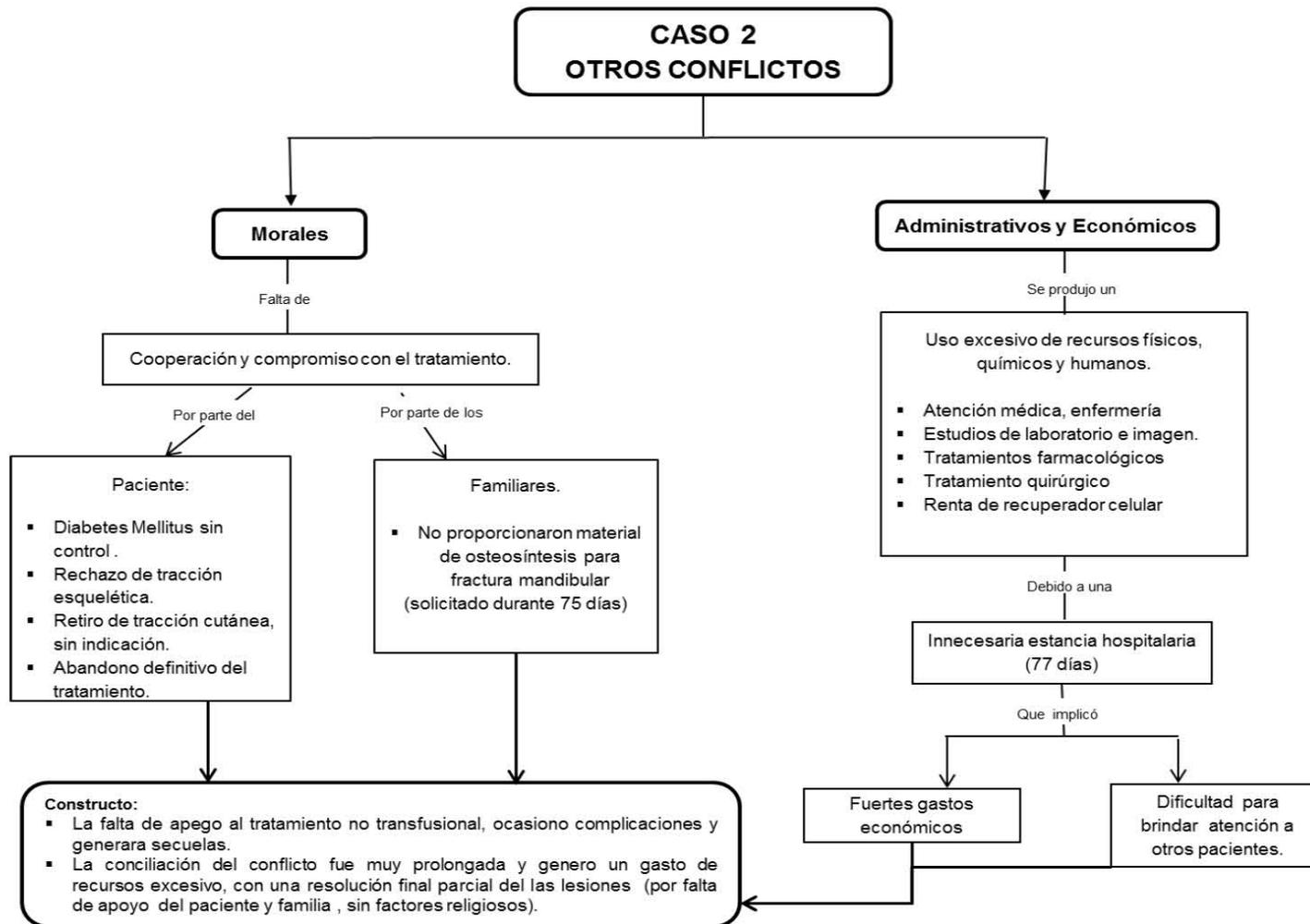
Otros conflictos identificados en el Caso No. 1



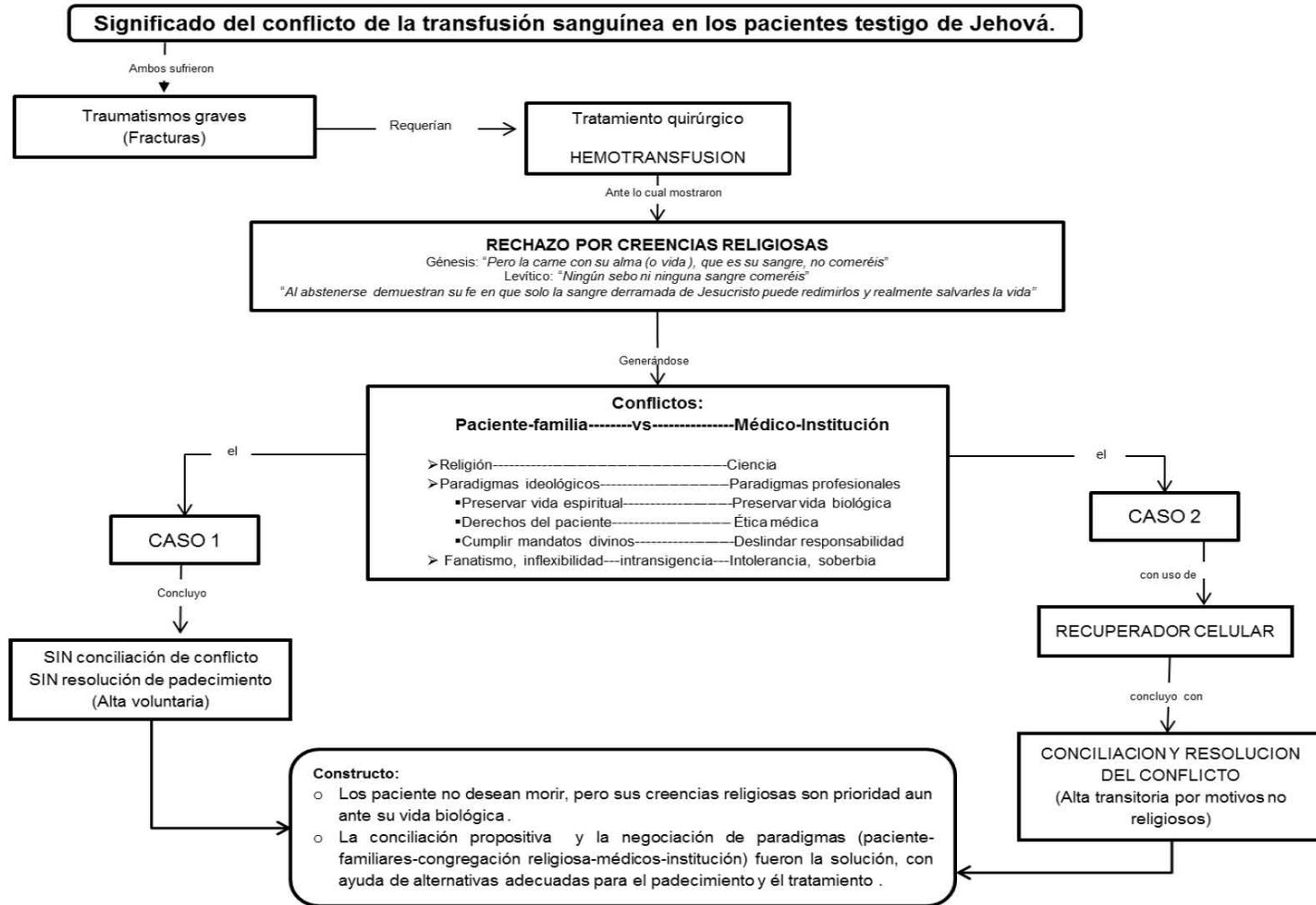
Aspectos generales del caso No. 2



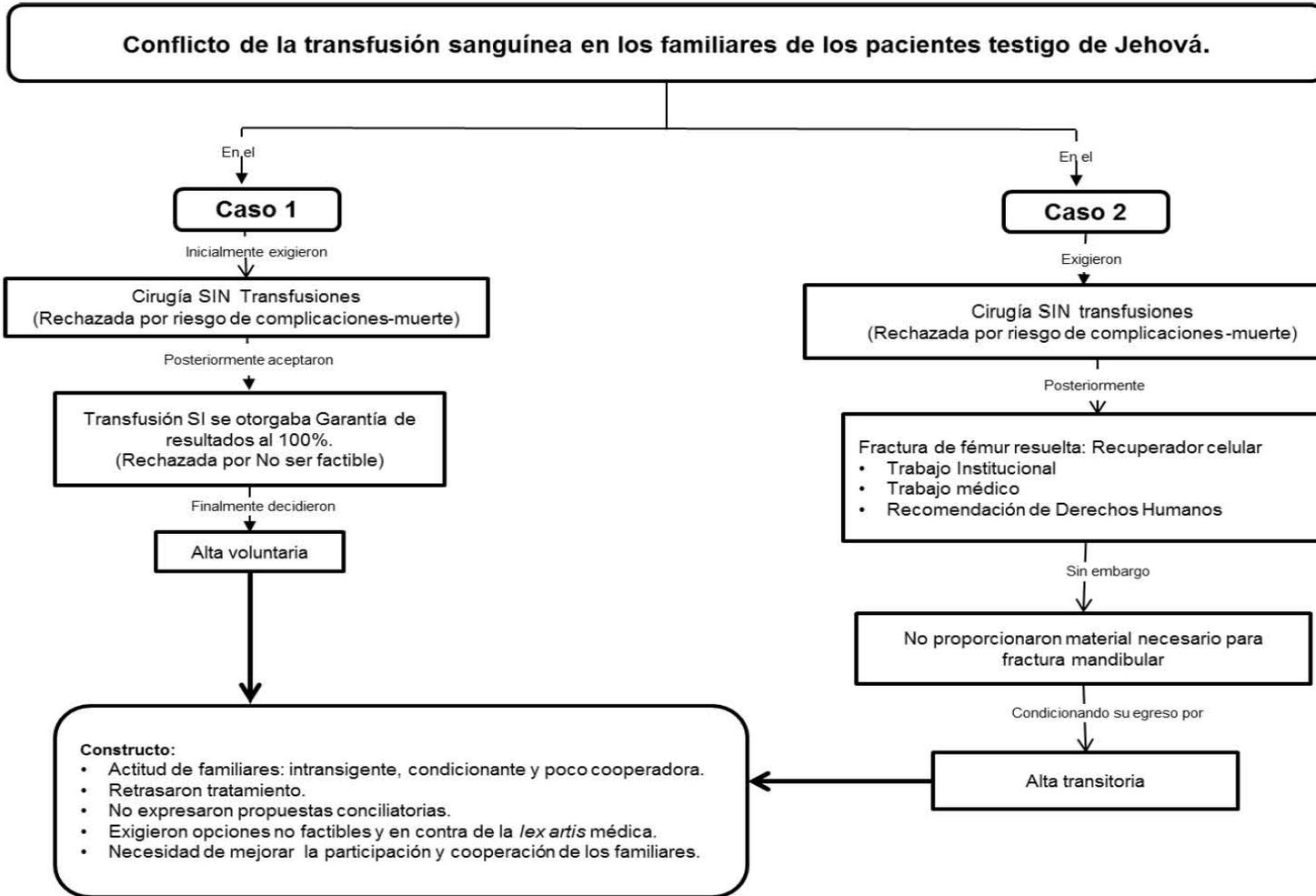
Principales conflictos identificados en el Caso No. 2



Otros conflictos identificados en el Caso No. 2



Significado del conflicto de la transfusión sanguínea para el paciente testigo de Jehová, Caso 1 y 2.



Conflicto de la transfusión sanguínea en los familiares de los pacientes, Caso 1 y 2.

ANEXO F. TABLAS DE RESULTADOS DE ENCUESTAS MÉDICAS

Tabla I. Especialidades médicas que contestaron la encuesta

ESPECIALIDAD	Frecuencia	Porcentaje
Anestesiología	1	2%
Angiología	1	2%
Cirugía Maxilofacial	2	4%
Cirugía Plástica	1	2%
Cirugía General	5	10%
Ginecobstetricia	1	2%
Medicina Interna	13	26%
Medicina General	3	6%
Neurocirugía	5	10%
Ortopedia	9	18%
Urgencias	9	18%
Total	50	100%

Tabla II. Distribución de frecuencias de edad poblacional.

EDAD	SEXO		Total
	Femenino	Masculino	
<30	2	3	5
30 a 39	5	22	27
40 a 49	2	7	9
>50	1	8	9
Total	10	40	50

Tabla III. Medidas de tendencia central de la edades de los participantes

EDAD	Suma	Media	Varianza	Desviación estándar	Error estándar
Total					
50	1934	38.680	91.447	9.563	1.352
Mínimo	Percen.25	Mediana	Percen.75	Máximo	Moda
25.000	32.000	35.000	45.000	66.000	35.000

Tabla IV. Religiones de los participantes encuestados.

RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Católica	32	64%
Cristian	3	6%
Evangélica	1	2%
Ninguna	14	28%
Total	50	100%

Tabla V. Características de las transfusiones sanguíneas.

CARACTERISTICAS TRANSFUSIONES	Frecuencia	Porcentaje
Inútil, Innecesario y arcaico	0	0%
Útil, Necesario pero No indispensable	11	22%
Útil, Necesario e Indispensable	39	78%
Total	50	100%

Tabla VI. Frecuencia con la que los médicos utilizan las transfusiones sanguíneas.

FRECUENCIA DE USO DE TRANSFUSIONES	Frecuencia	Porcentaje
<1 vez por semana	16	32%
2 a 5 veces por semana	20	40%
>5 veces por semana	13	26%
No contesto	1	2%
Total	50	100%

Tabla VII. Alternativas con las que cuentan los médicos en su unidad de trabajo

ALTERNATIVAS DE TRANSFUSIONES	Frecuencia	Porcentaje
Autotransfusión	2	4%
Coloides	3	6%
Cristaloides	5	10%
Cristaloides, coloides	10	20%
Cristaloides, coloides, eritropoyetina	4	8%
Cristaloides, coloides, hematínicos	1	2%
Isquemia de segmento transoperatorio	1	2%
Ninguna	17	34%
Recuperador celular (previo tramite)	1	2%
Eritropoyetina	4	8%
Hematínicos	2	4%
Total	50	100%

Tabla VIII. Características de las alternativas con las que cuenta los médicos.

CARACTERISTICAS DE LAS ALTERNATIVAS	Frecuencia	Porcentaje
Adecuadas y suficientes	2	6%
Inadecuadas e insuficientes	6	18%
Adecuadas pero insuficientes	25	76%
Total	33	100%

Tabla IX. Riesgo de muerte al no recibir una transfusión sanguínea.

RIESGO DE MUERTE	Frecuencia	Porcentaje
No	1	2%
Si	49	98%
Total	50	100%

Tabla X. Causas por las que se puede poner en peligro la vida al rechazar una transfusión sanguínea.

CAUSAS DE DEFUNCIÓN	Frecuencia	Porcentaje
Alternativas insuficientes	7	14%
Cirugía urgente	1	2%
Hemorragia, choque hipovolémico	23	47%
No contesto	3	6%
Patologías que requieren transfusión	3	6%
Recurso único	12	25%
Total	49	100%

Tabla XI. Intervención de las creencias religiosas en actos médicos

INTERVENCION DE RELIGIÓN	Frecuencia	Porcentaje
No debería intervenir	32	64%
Respetar autonomía del paciente	18	36%
Total	50	100%

Tabla XII. Conocimiento ante un paciente testigo de Jehová

CONOCIMIENTO ANTE NEGATIVA	Frecuencia	Porcentaje
No	6	12%
Si	44	88%
Total	50	100%

Tabla XIII. Acciones que tomarían los médicos ante un paciente testigo de Jehová.

CONOCIMIENTO ANTE NEGATIVA	Frecuencia	Porcentaje
Pedir apoyo a su iglesia y autotransfudir	1	2%
Consentimiento informado	3	6%
Depende el caso	1	2%
Disuadir	1	2%
Explicar, respetar, documentar	15	30%
Informar riesgos, complicaciones	4	8%
No contesto	6	12%
Negarse a tratar al paciente	2	4%
No poner en riesgo de sangrado	1	2%
No sabe que hacer	6	12%
Operar y transfudir, si lo requiere	2	4%
Recuperador celular	3	6%
Referirlo a unidades con más alternativas	1	2%
Utilizar alternativas	4	8%
Total	50	100%

Tabla XIV. Opinión sobre obligar a los pacientes testigos de Jehová a transfundirse

OBLIGAR A TRANSFUNDIR	Frecuencia	Porcentaje
No	24	48%
Si	14	28%
En niños	12	24%
Total	50	100%

Tabla XV. Médicos que tuvieron algún conflicto con pacientes testigos de Jehová

CONFLICTOS	Frecuencia	Porcentaje
Si presentó	20	40%
No presentó	29	58%
No contestó	1	2%
Total	50	100%

Tabla XVI. Tipo de conflictos, que vivieron los médicos.

TIPO DE CONFLICTOS (Paciente con:))	Frecuencia	Porcentaje
Fractura de mandíbula, requería cirugía, rechaza transfusión	1	5%
Fractura fémur, requería cirugía, rechaza transfusión	2	10%
Fractura pelvis, requería cirugía, rechaza transfusión	1	5%
Fractura, anemia, requería cirugía, rechaza transfusión	1	5%
Hepatopata, con hemorragia espontanea, rechaza transfusión	1	5%
Pretendía cirugía vs normas de seguridad	1	5%
Rechaza transfusión	7	35%
Requería cirugía, insuficiencia renal crónica, anemia, rechaza transfusión	1	5%
Requería cirugía, anemia, rechaza transfusión	2	10%
Sangrado de tubo digestivo, anemia severa, rechaza transfusión	1	5%
Trauma, choque hemorrágico, rechaza transfusión	1	5%
Trauma, choque hemorrágico, familiares rechazaron transfusión	1	5%
Total	20	100%

Tabla XVII. Conflictos presentados en cada especialidad

ESPECIALIDAD	Número de conflictos	Porcentaje
Anestesiología	1	5%
Angiología	1	5%
Cirugía Maxilofacial	2	10%
Cirugía Plástica	1	5%
Cirugía General	2	10%
Ginecobstetricia	0	0%
Medicina Interna	4	20%
Medicina General	0	0%
Neurocirugía	0	0%
Ortopedia	7	35%
Urgencias	2	10%
Total	20	100%

Tabla XVIII. Resolución de conflictos.

CONFLICTOS	Número	Porcentaje
Con resolución	8	40%
Sin resolución	12	60%

Tabla XIX. Tipo de conciliación del conflicto

TIPO DE RESOLUCIÓN DEL CONFLICTO	Frecuencia	Porcentaje
Si, requirió tiempo (1-2 meses), mejoraron condiciones	3	37.5%
Si, se convenció y transfundió	2	25%
Si, sin especificar	1	25%
Si, transfusión con engaños, sin autorización	2	12.5%
Total	8	100%

Tabla XX. Desenlace de los conflictos no resueltos.

CONFLICTOS NO RESUELTOS	Frecuencia	Porcentaje
No, alta voluntaria	5	42%
No, falleció	3	25%
No, secuelas	1	25%%
No, sin especificar	3	8%
Total	12	100%

Tabla XXII. Significado del conflicto para los médicos

SIGNIFICADO DE CONFLICTO	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Apatía	3	6%	6%
Culpa, limitación por autonomía del paciente	1	2%	8%
Enojo, impotencia, respeto a autonomía del paciente	1	2%	10%
Enojo, por coartación de libertad profesional	1	2%	12%
Frustración	13	26%	38%
Frustración e impotencia	1	2%	40%
Frustración, contradicción	1	2%	42%
Frustración, enojo, respeto autonomía.	2	4%	46%
Frustración, furia, inconformidad porque van a Derechos Humanos	1	2%	48%
Frustración, resignación, respeto autonomía	2	4%	52%
Frustración, respeto autonomía	3	6%	58%
Frustración, enojo.	1	2%	60%
Impotencia	3	6%	66%
Impotencia, enojo	3	6%	72%
Impotencia, respeto autonomía del paciente	2	4%	76%
Impotencia, tristeza, respeto a autonomía del paciente	1	2%	78%
Menosprecio; pobre gente ignorante	1	2%	80%
No contesto	3	6%	86%
Respeto autonomía	7	14%	100%
Total	50	100%	

Tabla XXIII. Propuestas ante la negativa de los pacientes testigos de Jehová a transfundirse.

PROPUESTAS	Frecuencia	Porcentaje	Acumulado
Autotransfusión	1	2%	2%
Contar con alternativas	4	8%	10%
Desaparecerlos	1	2%	12%
Dialogo con testigos de Jehová	2	4%	16%
Hospitales específicos	5	10%	26%
Informar al paciente	11	22%	48%
Moléculas sintéticas	1	2%	50%
No contesto	5	10%	60%
No existe solución	2	4%	64%
Que la congregación no mal informe, y permita la transfusión	5	10%	74%
Que exista legislación	9	18%	92%
Recuperador celular	1	2%	94%
Respetar decisión	1	2%	96%
Utilizar consentimiento informado.	1	2%	98%
Utilizar recursos existentes	1	2%	100%
Total	50	100%	

ANEXO F. OTROS

Tabla XXIV. Costos de diferentes Hospitales en el Distrito Federal

Costo en moneda nacional 2012-2013	Día cama Hospitalización	Día cama Unidad de Terapia Intensiva	Cirugía abierta
Unidad Hospitalaria			
Secretaria de Salud del Distrito Federal	5,755	-----	-----
Instituto Mexicano del Seguro Social	5,684	31,432	24,100
Hospital Naval de Alta Especialidad	4900	18 600	13300
Secretaria de la Defensa Nacional	1,970	8,379	Deposito inicial de 50,000 cirugía abierta y 80,000 laparoscópica.