

La hemotransfusión en los Testigos de Jehová como un problema de las Ciencias Médicas

Blood transfusion in Jehovah's Witnesses as a problem in Medical Sciences

Dr. Omar Seguras Llanes, Dra. Ana Teresa Echevarría Hernández, Dra. Mónica Suárez García

Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay", La Habana.

RESUMEN

Introducción: los Testigos de Jehová basan sus creencias sobre una interpretación literal de la Biblia y no aceptan la transfusión de sangre o sus derivados. Pero no siempre se consigue por medio de las opciones médicas a la transfusión, evitar la muerte del individuo en determinadas circunstancias: ello plantea un conflicto bioético.

Objetivo: analizar algunos aspectos bioéticos y legales, que puedan ayudar al anestesiólogo cubano a una mejor comprensión de este conflicto y a su solución ante la perspectiva de hemotransfundir a un paciente Testigos de Jehová.

Desarrollo: los peligros de la transfusión sanguínea hacen considerar siempre medidas alternativas. Los pacientes Testigos de Jehová plantean un desafío a las Ciencias Médicas que ha estimulado el avance del conocimiento y la tecnología sobre dichas alternativas en beneficio de todos los pacientes; pero renegar tácitamente de la transfusión puede eventualmente introducir la posibilidad de que un paciente muera aunque existan opciones para salvarle. La práctica compele establecer antes de cualquier procedimiento quirúrgico protocolos específicos y líneas de comunicación entre paciente, anestesiólogo, cirujano, administración del hospital y el consejo legal.

Conclusiones: el progreso de las investigaciones en las Ciencias Médicas está llamado a sustituir la reposición de sangre o sus derivados por las implicaciones biológicas que estos tratamientos médicos conllevan y no por cortapisas de un fanatismo religioso, que intenta arrebatar argumentos científicos para justificar sus creencias. En nuestro medio este conflicto bioético tiene solución dentro de un marco ético y legal en el que prevalece el bien supremo: la vida humana.

Palabras clave: hemoderivados, temas de bioética, Testigos de Jehová, transfusión.

ABSTRACT

Background: Jehovah's Witnesses base their beliefs on a literal interpretation of the Bible and do not accept blood transfusions or its derivatives. But, by means of medical options to transfusion, the prevention of the death of the individual in certain circumstances is not always achieved: this causes a bioethical conflict.

Objective: to analyze some bioethical and legal aspects that can help the Cuban anesthesiologist to a better understanding of this conflict and its solution in the perspective of giving a blood transfusion to a Jehovah's Witness patient.

Development: the dangers of blood transfusion make us consider alternative measures. Jehovah's Witness patients pose a challenge to the Medical Sciences that has stimulated the advance of knowledge and technology on such alternatives for the benefit of all patients, but tacitly deny blood transfusion may eventually introduce the possibility that a patient dies even when there are options to save him. Practice obliges to establish specific protocols and lines of communication between patient, anesthesiologist, surgeon, hospital management, and legal advice before any surgical procedure.

Conclusions: the progress of research in the Medical Sciences is oriented to substitute blood replacement or its derivatives because of the biological implications that these treatments bear rather than the obstacles of a religious fanaticism that tries to snatch scientific arguments to justify their beliefs. In our means, this bioethical conflict is solved within an ethical and legal framework in which a supreme good prevails: human life.

Key words: blood derivatives, bioethical topics, Jehovah's Witnesses, transfusions.

INTRODUCCIÓN

Los Testigos de Jehová (TJ) son una secta cristiana fundamentalista fundada en Estados Unidos (EEUU). Según su registro anual, en el 2011 eran más de 7,5 millones de adeptos en unos 200 países. Comenzaron como un grupo de estudio de la Biblia conducido por Charles T. Russell en la década de 1870 en Allegheny, Pittsburgh (Pensilvania, EEUU). En 1909 ya habían alcanzado una proyección internacional y la sede de la Sociedad se trasladó a Brooklyn (Nueva York). Originalmente llamados Estudiantes Internacionales de la Biblia o Russelitos; su nombre actual (Testigos de Jehová) adoptado el 26 de julio de 1931, se deriva de un pasaje bíblico (Isaías 43: 10).¹

Los TJ basan sus creencias sobre una interpretación literal de la Biblia. Ellos creen que la vida eterna o salvación se pierde si no se sigue una adhesión estricta a los preceptos bíblicos, y se comprometen fielmente con los principios de su fe. La determinación de que la transfusión sanguínea infringe la Ley de Dios se hizo en 1945, en base a los pasajes bíblicos reflejados en Génesis 9: 3,4; Levíticos 17: 11,12 y Hechos 15: 28,29. De la interpretación de ellos emanan, profundamente sostenidos en el valor, sus principios como una prohibición absoluta de recibir sangre, cuya trasgresión puede implicar la exclusión de su comunidad y la pérdida de la salvación.² Por consiguiente, los TJ no aceptan la transfusión de sangre total o sus derivados (plasma helado fresco, concentrados de hematíes, de células blancas o de plaquetas).

Ellos no interpretan qué comenta la Biblia directamente sobre los trasplantes de órganos; por eso cada TJ tiene que tomar decisiones respecto a los trasplantes de córnea, de riñón u otros.³ Las reglas respecto a otros derivados de la sangre son más flexibles, pues algunos aceptan el uso de fragmentos de proteínas del plasma o componentes como la albúmina, inmunoglobulinas y preparados antihemofílicos. Una opción útil y aceptada por los TJ es la autotransfusión; el único requisito que piden es que no se interrumpa la conexión de la sangre que se extrae con la circulación.³

Los peligros de la transfusión sanguínea hacen altamente deseable considerar siempre medidas alternativas, aún para quienes no son TJ. Estos plantean un desafío a las Ciencias Médicas, que ha hecho avanzar el conocimiento y la tecnología sobre dichas alternativas beneficiando a todos los pacientes.⁴ La transfusión como recurso terapéutico, practicada incluso en medio de condiciones ideales, conlleva el grave riesgo de que se produzcan reacciones adversas. Tales reacciones están relacionadas con un alto índice de morbilidad y en algunos casos resultan en la muerte del paciente. Hasta un 20% de todas las transfusiones pueden producir algún tipo de reacción desfavorable.⁵

El propósito de este trabajo es estimular el dominio y la aplicación de la bioética por parte de los anestesiólogos ante la perspectiva de hemotransfusión frente a un paciente TJ, para favorecer la adopción de modelos de atención médica en esta especialidad acordes a los valores humanos y los conocimientos científicos.

DESARROLLO

La ética médica se refiere específicamente a los principios y normas que rigen la conducta de los profesionales de la salud.⁶ Son importantes en su análisis: el Juramento de Fidelidad Profesional adoptado por la Asociación Médica Mundial (AMM) en Ginebra (1948) y enmendado por la XXII AMM en Sydney (1968); así como el Código de Ética Médica adoptado por la III AMM en Londres (1949) y enmendado por la XXII AMM y la XXXV AMM de Venecia (1983). Estos documentos expresan los deberes de consagración médica, las características del ejercicio de la profesión y las conductas éticamente censurables. El Tribunal Internacional de Nüremberg (1947) analizó la ética de la experimentación en las Ciencias Médicas, y los derechos del paciente quedaron establecidos en la Declaración de Lisboa adoptada por la XXXIV AMM celebrada en Portugal (1981):

- El paciente tiene derecho a elegir libremente su médico.
- El paciente tiene derecho a ser tratado por un médico que esté libre para tomar decisiones clínicas y éticas sin interferencia ajena.
- Después de haber sido informado exhaustivamente acerca de un tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo.
- El paciente tiene derecho a esperar que su médico respete la naturaleza confidencial de todos los detalles médicos y personales que él le proporcione.
- El paciente tiene derecho a una muerte digna.
- El paciente tiene derecho a rechazar o recibir asistencia espiritual y moral, inclusive la de un ministro religioso.

Otros aspectos importantes sobre la evolución de la ética médica son los enunciados en casos de catástrofes y en otras declaraciones: de la XLIV AMM sobre el proyecto Genoma Humano (Marbella, España, 1992); sobre el maltrato y abandono del niño (XXXVI AMM, Singapur, 1984); y sobre las personas en huelga de hambre (XLIII AMM, Malta, 1991; y la XLIV de 1992). La 93 Conferencia Interparlamentaria de Madrid (1995) adoptó la bioética como un reto internacional para proteger los

derechos humanos. La AMM en su XLVI Asamblea General, celebrada en Estocolmo (1994), aprobó mantener las más altas normas de ética médica planteadas en sus declaraciones y exhortó a los médicos a reafirmar sus actividades profesionales y respetar escrupulosamente los principios enunciados.

Todo lo antes expuesto evidencia la importancia concedida a la ética-bioética en la medicina. En Cuba, las definiciones éticas en el tratamiento de los pacientes se basan en principios que rigen una sociedad con atención médica gratuita, sin escatimar recursos y con disponibilidad de tecnología de punta que permite una atención especializada a los enfermos; los dilemas éticos en el actuar médico se solucionan mediante una cohesión profesional. No obstante, nuestras concepciones bioéticas continuarán evolucionando con el cambio inherente al desarrollo de la humanidad, con la visión de que la tecnología no nos separará de lo humano, que lo creado para bien no será utilizado nunca para mal, y que los principios éticos regirán en el actuar médico, salvando siempre los principios de dignidad y humanismo: intrínsecos al actuar de los profesionales de la salud y que rigen la sociedad.

La deontología médica expresa la parte de la medicina legal que se ocupa de los derechos y obligaciones de todos los que ejercen una de las formas del arte de curar.⁷ Representa el conjunto de normas que debe seguir el médico en el ejercicio profesional, en relación con las autoridades, la sociedad, el enfermo, y sus colegas médicos.⁸ Es la ciencia de los deberes profesionales del médico.

En ocasiones el avance impetuoso de la tecnología médica ha llevado a los pacientes a la limitación y aún al abuso de su libertad. En busca de una solución a tan grave problema de la Ética, surge una reacción que fue bautizada con el nombre de Bioética a partir de los trabajos del oncólogo estadounidense Van R. Potter, en 1971 (ante la deshumanización en el trato de pacientes en estadio terminal atendidos en Unidades de Cuidados Intensivos rodeados de equipos que todo lo miden -menos los sentimientos-, comienza a reflexionar sobre los efectos del desarrollo científico-técnico que había invadido el campo de la medicina).⁹

Aunque la bioética surgió en el mundo industrializado en el marco del neoliberalismo, su carga cultural e ideológica ha sufrido modificaciones al introducirse en otras latitudes: así ocurrió en los `80 cuando penetró en Europa; y en los '90, en América Latina. Al llegar a Cuba la bioética no sólo ha recibido la influencia de su cultura y tradiciones, sino que está condicionada por el sistema socioeconómico imperante y sus valores sociales declarados.

La trilogía de la bioética,¹⁰ o sus tres principios fundamentales, son:

Autonomía: implica que los pacientes sean tratados como seres autónomos y la protección a los que tengan autonomía disminuida. Se resume en el Consentimiento Informado, del paciente o representante legal, cuya validez se basa en los requisitos: informado, comprendido, competente y voluntario.^{11,12}

Beneficencia y no maleficencia: responde al precepto hipocrático de *ayudar o al menos no hacer daño*. Se refiere a la obligación de procurar el mayor beneficio posible y prevenir el mal que potencialmente podemos producir al paciente.

Justicia: significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su status social y sin reparar en los costos; debe ser un objetivo fundamental de la Salud Pública. Todas las personas tienen derecho a la salud y nuestro deber es velar por ella. La Justicia Social determina de forma significativa la calidad de la asistencia social.

Estos principios interactúan dialécticamente con su carga específica de valores: respetando la autonomía que debe tener el paciente, el médico debe obrar benefactoramente, sin maleficencia, mientras la sociedad garantiza la calidad de la atención médica.

El fundamento ético de las políticas de salud existentes en el mundo, cuya accesibilidad es limitada, no nos permite importar instrumentos conceptuales foráneos que proclaman la autonomía cuando su lectura en nuestras condiciones es *libertad de morir*.¹³

En relación al consentimiento informado, las características e idiosincrasia de nuestro pueblo, con una extrema confianza en el criterio médico, hacen difícil la tarea de su diseño y ejecución. No obstante, la posibilidad de introducir fármacos y productos biotecnológicos en el mercado internacional, han producido un acercamiento a las tendencias de comportamiento del paciente en un país desarrollado. Este proceso ha madurado, con la particularidad de que se mantienen la confianza en su médico y en la política de salud nacional. En la práctica de la ética clínica en Cuba, la beneficencia rebasa a la autonomía (este principio se ha manifestado con mayor fuerza y razón en los países industrializados); pero aún más se eleva el principio secular de *no maleficencia*. Por otra parte, las dificultades debidas a la guerra económica impuesta por los EEUU crea obstáculos adicionales a la asignación de recursos tecnológicos: esto afecta a la *justicia* de los conceptos principalistas bioéticos.¹³

El desarrollo de la bioética se ha caracterizado por un pensamiento destinado a dirimir los dilemas médicos existentes. Varios estudiosos de la obra de Potter han aportado nuevas reflexiones y enfoques. Beauchamps y Childress elaboraron la teoría principalista anglosajona.¹⁴ Su esencia consiste en la existencia de principios que dirigen desde un punto de vista metodológico la discusión bioética. En los EEUU predomina el utilitarismo a partir de una concepción pragmática de la realidad, arraigada en la vida sociopolítica de ese país. Así, la bioética norteamericana prioriza el respeto de los valores individuales de las personas, por encima de la beneficencia o la justicia (sociedad donde predomina el individualismo); en cambio, en la posición europea se resalta el valor *justicia*, de manera preponderante.

¿Qué problemas plantea a las Ciencias Médicas la situación social que se da con los TJ ante la necesidad de la hemotransfusión?

Debido a su decisión de asumir incluso la propia muerte por las concepciones de su fanatismo religioso, el argumento de que un paciente que rehúsa una transfusión es un suicida carece de fundamento. El paciente TJ quiere vivir y ha buscado o solicitado tratamiento médico para permitírsele: su religión realmente prohíbe el suicidio.¹

La bioética, la deontología y la legislación, señalan que:

- Lo primero es no hacer daño. (Juramento hipocrático).
- Preservar el bien superior: la vida. (Máxima jurídica).
- Respetar la decisión del paciente. (Principio ético de autonomía).

Se podría entonces decir que cuando en la extrema urgencia se ha agotado las alternativas a nuestro alcance, se debe emplear la hemotransfusión para mantener la vida del paciente; o se viola la responsabilidad profesional por omisión al no otorgar el tratamiento cuando se dispone del recurso (el dolo caracterizado por su intencionalidad y por su ilicitud requiere, en cuanto a la primera, de dos elementos: uno intelectual y otro volitivo. Por el intelectual, el autor conoce que su acto u omisión contraviene a su obligación y las consecuencias que acarrea. Mediante el elemento volitivo, el autor del acto doloso ha resuelto voluntariamente incumplir su deber).

Obra dolosamente quien tiene una obligación específica a su cargo y la incumple deliberada y voluntariamente.

Si un paciente es incapaz de tomar una decisión competente, lo que impediría firmar y autorizar el Consentimiento Informado ante un cuadro grave de choque hipovolémico, anemia severa descompensada u otra situación semejante, el médico está legalmente constituido para imponer un tratamiento atendiendo al conocimiento vigente. Si se aplican oportunamente los criterios que rigen la hemotransfusión no hay nada que temer (*lo primero es preservar el bien superior*; en este caso la vida y no la libertad de credo): debemos documentar en el expediente clínico el diagnóstico que nos motiva a realizar la transfusión, el pronóstico, así como las consecuencias esperadas de no aplicarse esta terapéutica. Es recomendable que al menos otro colega consigne dichos diagnóstico, pronóstico y posibles consecuencias. Además, contar con un banco de sangre con estrictos controles de calidad de los productos que proporciona.

Respecto a las terapias transfusionales electivas (paciente con capacidad de aceptar o rechazar los procedimientos que proponga el médico): en una circunstancia normal se solicita autorización para realizar la transfusión, y en caso de no obtenerla puede el médico -legal y éticamente- deslindar su responsabilidad ya que su terapéutica no es aceptada, solicitando al paciente que acuda a otro profesional. Una demanda por negativa del servicio sería infundada, pues los principios de la ética médica cubana no obligan al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado para el paciente. Si durante la operación ocurre un accidente abocado a la extrema urgencia se puede transfundir sin necesidad de consentimiento.

Hay varias técnicas alternativas disponibles para tratar al TJ que elige un tratamiento médico sin sangre. Pero la eliminación de la transfusión como una opción introduce la posibilidad de que el paciente muera aunque existan medios para salvar su vida. Hay un conflicto de conciencia entre el médico y el paciente TJ, diferente y exclusivo. El dilema ético es obvio: los médicos han prometido conservar y prolongar la vida con lo mejor de su capacidad o juicio; sin embargo estos pacientes prohíben el uso de un tratamiento que puede ser efectivo para salvarla. El médico sufrirá una pugna severa con su conciencia cuando permita morir a un paciente creyendo sinceramente que sobreviviría si hubiera utilizado la hemotransfusión.¹⁵

Es evidente que antes de la cirugía se deben establecer líneas de comunicación entre el paciente TJ, el anestesiólogo, el cirujano, la administración del hospital y el consejo legal. Los TJ están usualmente bien informados tanto doctrinaria como técnicamente para participar en la toma de decisiones sobre su tratamiento. No es incumbencia del médico cuestionar sus principios; pero debe discutir con ellos las consecuencias de la no-transfusión en determinadas condiciones.⁴ Tal diálogo propiciará el intercambio de preocupaciones, motivaciones, potenciales complicaciones y establecerá un espíritu de cooperación y comprensión que minimizará el futuro conflicto. En ello juegan un papel preponderante las relaciones médico-paciente, que son relaciones interpersonales que cumplen los tres parámetros establecidos por Lain Entralgo: a) saber ponerse en el lugar del otro (fase coejecutiva); b) sentir como el otro (fase compasiva); y c) disponerse a ayudarlo ante las dificultades (fase cognoscitiva).¹⁶ Su definición es *una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud*. Esta relación está influida por algunos macroparadigmas¹⁷ y su éxito depende del dominio que el médico tenga de estos, y de otros microparadigmas de notable relevancia (ético, integral, directivo, didáctico, transferencial, religioso, comunicacional, planificación, calidad, productivo y campo de acción).¹⁸

Macroparadigmas:

- Tecnificación: Exigencias tecnológicas vs. Humanismo.
- Profesional: Normas vs. Calificación.
- Moral: Derechos del paciente vs. Posibilidades del médico.
- Político: Presupuesto vs. Necesidades.
- De mercado: Costos vs. Beneficios.

Cuando la posición oficial del Estado considera la salud del pueblo como una responsabilidad de primer orden, los esfuerzos de conciencia exigidos en el cumplimiento de los principios éticos son mucho menores que ante el caótico *sálvese quien pueda* del sistema capitalista.¹⁹ El problema está en que el médico, si prioriza sólo los aspectos del equilibrio biológico, podría estar produciendo desequilibrios psicológicos y sociales de mayor intensidad. Sin embargo, al analizar el principio de autonomía encontramos que requiere de limitaciones para evitar que concluya en un desastre para el propio paciente: a) el derecho de cada cual termina donde comienza a afectar el derecho de los demás; b) limitaciones de orden económico; y c) limitaciones de tiempo. Las limitaciones de tipo subjetivo (axiológicas, volitivas, cognitivas) plantean ante el médico la obligación de dominar técnicas psicológicas y habilidades en la relación médico-paciente, para producir cambios en la escala de motivos del paciente y hacer coincidir sus necesidades subjetivas con las reales, sin lo cual la beneficencia y la autonomía se convierten en una utopía irrealizable.²⁰

Los TJ ponen una sobrecarga ética y moral sobre los médicos, e incrementan las demandas de tiempo y gastos. Por otro lado, ya que es facultad o derecho del paciente aceptar o rechazar la terapéutica propuesta, una buena práctica médica no incluye en ningún caso complacencia hacia el paciente en lo que se refiere a cambiar protocolos mundialmente aceptados, sin justificación científica que inequívocamente beneficie al paciente; o sea: el médico no está obligado a ceder su libertad prescriptiva.

La libertad de credo no se vulnera si se señalan los riesgos, los beneficios, las condiciones clínicas que requieren transfusión; si se solicita consentimiento; si no se miente o limita al paciente; si se señala que las terapias sustitutivas se emplearán antes que la sangre; pero si su empleo es indispensable como terapia, se utilizará.

Si el anestesiólogo acepta intervenir a un paciente sin emplear transfusión cuando es fácil presuponer su utilización, y debido a esta omisión se generan daños, lesiones o la muerte, el médico es responsable directo y sin excusa ante las autoridades (actitud dolosa). Los TJ traen consigo una carta que deslinda de cualquier responsabilidad al médico en caso de fallecimiento o lesiones por omitir el uso de sangre y/o derivados; pero estos acuerdos son nulos de pleno derecho: la ley no está sujeta a negociación.

Con los menores de edad, los incapacitados mentales, o los ancianos debe existir un responsable legal, padre o tutor al que solicitar el consentimiento (negado por los TJ casi invariablemente). La creencia religiosa pertenece al representante; pero no la vida del representado. El representante no puede otorgar lo que no tiene, y estos no tienen la vida de aquellos. Si observamos que la vida es el bien superior, el representante está obligado moral y legalmente a proveer en favor de su representado: negarse puede ser considerado por los tribunales como una conducta inapropiada al no procurarse la preservación del bien superior siendo factible. Cuando los responsables de pacientes reniegan la transfusión siendo la única medida que puede apoyar al tratamiento, la ley ampara a los médicos para hacer prevalecer la vida humana. Al no poder decidir por sí mismos, el derecho a la vida goza de primacía por ser un bien insustituible una vez que se pierde. Lo anterior es aplicable a la mujer

grávida, en razón de que su negativa a transfundirse afectaría a otro individuo que está por nacer.

Hemos de apegarnos a los principios éticos y científicos que rigen la práctica médica, sin duda alguna por salvar la vida de un paciente. Ningún artículo legal obliga al médico a aceptar condicionamientos religiosos antes que la vida de un paciente.

Se ha planteado que los médicos suelen subestimar las consecuencias que les acarrea la transfusión sanguínea a los TJ [...] Este hecho tiene consecuencias graves para sus vidas e invariablemente sufrirán por ello. Transfundirlos durante la anestesia, sin su permiso, provoca una *pérdida de su inocencia* y es además una violación grave de sus derechos humanos [...] los daña espiritualmente al considerarse violados e impuros [...] ²¹ algo que indudablemente es un precio inaceptable por una salvación *temporal* [...] la posibilidad de tener una *vida eterna* constituye un incentivo enorme y debe tenerse en cuenta [...] Nunca será moral, legal, ni ético para un anestesiólogo administrar sin consentimiento un tratamiento a un paciente que no lo desea. [...] ²² Si usted no puede aceptar este hecho como médico, no debe perjudicarles y debe aceptar que es ético brindarles la posibilidad de tratamiento con otro médico que conozca sus necesidades, les ofrezca alternativas y les ayude a *vivir dignamente*. ^{23, 24}

Como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social: lo que lo favorece, constituye un valor; lo que lo dificulta u obstaculiza, constituye un antivalue. ²⁹ En correspondencia con los valores universalmente reconocidos -la vida y la salud- se distingue que la profesión médica proporciona una capacidad peculiar para contribuir al bien del individuo, la familia o la comunidad. Dicha profesión implica un deber para con la sociedad a la que se brindan los servicios, apegados también a otros principios como: la honestidad, la integridad, la dignidad profesional, la prudencia, la ecuanimidad, la paciencia, la generosidad, la perseverancia, la fidelidad al paciente, la diligencia, la modestia y sobre todo la solidaridad; que constituyen patrones clásicos y actuales del personal de la salud pública cubana.

El carácter socialista de la medicina cubana es la base sobre la que se sustentan la moral y la ética de los médicos cubanos. Sus principios se identifican con la concepción dialéctico-materialista de los fenómenos sociales. Por tanto, ante este problema en particular debemos invocar los siguientes principios ético-médicos:

- Conservar el secreto profesional, teniendo en cuenta los intereses del paciente, siempre que ello no ocasione un perjuicio social ni ponga en peligro la salud de otras personas.
- Obtener, antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica que pueda significar un alto riesgo para el paciente, su consentimiento o el de sus familiares, excepto en los casos de fuerza mayor.
- Actualizar y perfeccionar nuestros conocimientos de forma continua, para lograr la óptima calidad de los servicios que prestamos a la sociedad. ³⁰

Se concluye que el problema social que constituye para las Ciencias Médicas la negativa de los TJ a recibir hemotransfusiones, evidencia que el reto de las limitaciones económicas y los condicionamientos espirituales (religiosos) de la sociedad se pueden comportar como un freno al progreso científico, cuyo avance se puede favorecer por decisiones políticas y/o normas jurídicas. En Cuba este conflicto bioético encuentra su solución en las normas éticas del personal de salud pública y en un marco legal en el que prevalece el bien supremo: la vida humana. Los avances investigativos y tecnológicos en el campo de la medicina deberían sustituir paulatinamente la necesidad de transfundir, en aras de evitar los riesgos e implicaciones biológicas del uso de la sangre o sus derivados; secundariamente,

satisfaría las premisas de un fanatismo religioso que intenta arrebatár argumentos científicos para justificar sus creencias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anuario de los Testigos de Jehová 2012. Con el informe del año de servicio 2011. Ed Watchtower Bible and Tract Society of New York, 2012. pp.1-35.
2. Retamales A. Autonomía del paciente: los Testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006; 71(4): 280-287.
3. Lee E. Jehovah's Witnesses Accepting Blood Transfusion. Associated Jehovah's Witnesses for Reform on Blood. 2009. pp.127-31
4. Bajardi M. Normativa para el rechazo de transfusiones de sangre por razones religiosas. *Cté de Ética del Hospital de la Comunidad: Mar del Plata*. Jun, 1998. pp. 64-76.
5. Zarzosa G, Pereda RL. Urgencia quirúrgica en paciente politraumatizado sin posibilidad de transfusión por motivos religiosos. *Cir Esp* 2006; 80(6):413-4.
6. Gyamfi C, Berkowitz RL. In reply to Letter to Editor, *Obstet and Gynecol* 2009; 105(2):442-44.
7. Pérez A, García GE, Vicente J, Barbero F. Fundamentos del rechazo a la transfusión sanguínea por los Testigos de Jehová. Aspectos ético-legales y consideraciones anestésicas en su tratamiento. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2006; 53(1): 31-41.
8. Gracia D. Fundamentos de la bioética. Universidad de Madrid, 1989. pp. 55-62
9. López R, Lema G. Transfusión sanguínea y Testigos de Jehová: puntos a considerar. Carta al editor. *Rev Med Chile* 2010; 138: 922-923.
10. Retamales A, Cardemil G. Beneficios del ejercicio de la autonomía y consentimiento informado: los Testigos de Jehová. *Rev Med Chile* 2009; 137: 1388-94.
11. Weiskopf R. Hemoglobin-Based Oxygen Carriers: Compassionate Use and Compassionate Clinical Trials. *Anesth Analg* 2010; 110 (3): 659.
12. Casas L, Dides C. Objeción de conciencia y salud reproductiva en Chile: dos casos paradigmáticos. *Acta Bioethica* 2007; 13 (2): 199-206.
13. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics. 4 ed. Oxford: Oxford University, 1994. pp 11-28
14. Harris AL, Engel TP. Anesthetic challenges and considerations presented by the Jehovah's Witness patient. Department of Anesthesiology, Loma Linda University School of Medicine, Loma Linda, California, 1999. pp.114-125
15. Entralgo L. La relación médico-enfermo. Madrid. *Revista Occidente* 1964; 42:45-56

16. Sánchez JM. Objeción de conciencia y su repercusión en la sanidad. Bol Pediatr 2007; 47: 25-30.
17. Rodríguez O, Pi A, Soto V, Sotolongo L. Testigo de Jehová y el consentimiento informado en la práctica anestesiológica. En línea. Consultado: Agosto 25, 2012. URL disponible en: Rev Cub Anestesiol Reanim 2009; 8(3).
http://www.bvs.sld.cu/revistas/scar/vol8_3_09/scar04309.htm
18. Núñez de Villavicencio F. Bioética: el médico, un educador. Bioética desde una perspectiva cubana. 2da Edic, 1998. Centro "Félix Varela". La Habana, pp. 128-132.
19. Layon AJ. And the patient chose: medical ethics and the case of the Jehovah's Witness. Anesthesiology 1990; 73: 1258-62.
20. Kleinman I. Written advance directives refusing blood transfusions: ethical and legal considerations. Amer J Med 1994; 96: 563-7.
21. Ward ME, Ashley EM. Management of anaesthesia in Jehova's Witnessess. Association of Anesthesiologist of Grain Britain and Ireland 1999; 1: 7-12.
22. Johnson PW, King R, Slevin ML. The use of erythropoietin in a Jehovah's Witness undergoing major surgery and chemotherapy. Br J Cancer 1991; 63: 476.
23. Jim RT. Use of erythropoietin in Jehovah's Witness patients. Hawaii Med J 1990; 49: 26
24. De Andrade SL, De Carli D, Marciano L, Mendes B, Ferreira L. Tampón sanguíneo peridural en pacientes testigos de Jehová. Relato de dos casos. Feb, 2010.
<http://www.scielo.br/pdf/rba>

Recibido: Febrero 12, 2012
Modificado: diciembre 20, 2012
Aprobado: Febrero 13, 2013

Dr. Omar Seguras Llanes. Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación. Instructor. HMC «Dr. Carlos J. Finlay», La Habana. Email: abuelos@infomed.sld.cu