

ANÁLISIS BIOÉTICO DEL EMBARAZO EN TESTIGOS DE JEHOVÁ Y EL RECHAZO TRANSFUSIONAL

BIOETHICAL ANÁLISIS IN PREGNANCY'S JEHOVÁ WITNESESS AND TRANSFUSION REFUSAL

María de la Luz Casas-Martínez

Departamento de Bioética.

Escuela de Medicina, Universidad Panamericana, México.

Donatello 59. Insurgentes Mixcoac. CP 03920 DF

Tel: 5482-1721; Fax: 5482-1720

mcasas@mx.up.mx

Resumen

Hace ya varias décadas que pacientes Testigos de Jehová (TJ) presentan cartas a sus médicos tratantes que los exoneran en caso de su defunción al no aplicar hemoterapia por solicitud expresa de los mismos. Aunque estas cartas tienen diferente aplicación jurídica según cada país y no tienen validez legal en México, el tema de debate de este artículo, no es la objeción de conciencia en adultos competentes, sino específicamente el dilema entre autonomía de la madre para optar por la objeción de conciencia y los derechos del no nato. Sobre el caso de objeción por adultos, existe bibliografía en pro y contra esta postura, pero, un vacío se observa en el caso de embarazo. En el embarazo, los médicos, en el campo médico y ético, nos encontramos ante dos pacientes: madre e hijo y ante ambos, el médico tiene las mismas responsabilidades terapéuticas. ¿Qué alternativas se presentarían si fuera aceptada la negativa transfusional de los TJ y tuviéramos una paciente embarazada con esta necesidad?

Para el análisis de este problema se utilizará el modelo basado en el personalismo ontológico. Jurídica y éticamente la aceptación de la tesis de los TJ adultos se encuadra en el derecho de Objeción de Conciencia, pero: 1) La objeción de conciencia no es un derecho general, sino excepcional, con razón justificada. 2) No debe producir directamente daños a terceros. Es así que, el conflicto de intereses madre/feto en urgencias hemoterapéuticas puede abordarse bajo tres posibilidades: a) Respeto irrestricto a la autonomía materna. Resultado: alta posibilidad de muerte de la madre y el feto. b) No respetar la autonomía de la madre. Resultado: alta probabilidad de vida de madre y feto. c) Respetar la negativa de la madre a ser transfundida y si realizar maniobras de rescate fetal. Resultado: alta posibilidad de muerte materna, relativa posibilidad de vida fetal. Para este análisis partiremos del hecho de que todo médico debe respetar, si la razón y los medios lo permiten el uso de alternativas a la hemoterapia. Como primera intención debe siempre ofrecer un manejo acorde a las creencias de la embarazada, pero sin olvidar su compromiso con la vida del embrión/feto.

Palabras clave: testigos de Jehová, embarazo, autonomía, bioética.

Abstract

In Mexico, Jehovah's witnesses present letters to their doctors that exonerate them in case of a patient's decease if hemotherapy was not applied. Although those letters have no legal validity in Mexico, this topic is a hot spot for debate, especially when dealing with competent adults. Bibliography exists, both pro and against this posture, but, an empty gap is observed in the case of pregnancy. With pregnancy, we doctors, find ourselves, both in the medical and ethical area, upon two patients: mother and son. Doctors have the same therapeutical responsibilities upon them. What alternatives would be presented in our country if the Jehovah's Witness's transfusional negative was accepted, and we had a pregnant patient in the need of one? Juridically, the acceptance of adult Jehovah's Witness's thesis is included under the acceptance of moral objection, however: 1) Moral objection is not a general right, but exceptional, with a justified reason. 2) It can not produce any possible harm to third parties.

The conflict of interest mother/fetus in hemotherapeutical urgencies can be tackled under three possibilities: a) Total respect to mother's autonomy. Result: high death possibility for both mother and fetus. b) Not to respect mother's autonomy. Result: high life possibilities for mother and fetus. c) Respect mother's negative to be transfused and to operate maneuvers for fetal rescue. Result: high death possibilities for mother and relative life possibilities for fetal life. The physician, when dealing with a pregnant woman, has a responsibility with two patients. As a first intention, the doctor should always offer a proper handle of the case, according to the pregnant patient's beliefs as much as possible, nevertheless he must never forget his compromise to the embryo's/fetus's life.

Key words: jehova's witness, pregnancy, autonomy, bioethics.

1. Introducción

La moderna relación médico paciente, presente en la corriente liberal occidental, determina que los tratamientos médicos en adultos competentes, sean aceptados mediante consentimiento bajo información previa¹. En algunos países, en el caso de pacientes Testigos de Jehová (TJ) adultos y competentes, existe un consenso ético y legal² para aceptar su determinación a la no transfusión sanguínea por motivos de conciencia, incluyendo los de tipo religioso. En México, Testigos de Jehová presentan cartas a sus médicos tratantes que los exoneran si no aplicaron hemoterapia en caso de defunción del paciente³. Aunque estas cartas no tienen validez legal en México⁴, el tema es punto de debate, en especial en el caso de adultos competentes y existe bibliografía y pro y contra a esta postura, pero, un vacío se observa en el caso de embarazo. En el embarazo, los médicos, en el campo médico y ético, nos encontramos ante dos pacientes: madre e hijo y ante ambos, el médico tiene las mismas responsabilidades terapéuticas. ¿Qué alternativas se presentarían si en nuestro país fuera aceptada la negativa

transfusional de los TJ y tuviéramos una paciente embarazada con esta necesidad?

Si bien algunos países aceptan la negativa transfusional en caso de pacientes adultos competentes, la excepción, aceptada internacionalmente⁵, se realiza ante daños a terceros, esto es, menores de edad o personas con capacidad disminuida.

El caso de embarazo, en el cual se trata evidentemente de un menor de edad, no es tratado generalmente en la literatura médica ni jurídica. La bibliografía obstétrica disponible generalmente analiza el caso solamente desde la perspectiva de sobrevida materna, desprotegiendo directamente al embrión en caso de que la madre realice una decisión con consecuencias fatales para ella y el feto^{6,7,8}.

La interdependencia madre/hijo durante el embarazo, representa un problema ético, social, religioso y jurídico de importancia para la bioética.

El dilema no solamente afecta a los directamente interesados, TJ, su familia y grupo, sino al personal de salud tratante, ya que incide directamente en la situación jurídica y moral del médico a cargo. Las

1 Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Carta de los derechos de los pacientes*, Secretaría de Salud, México, 2000, 5.

2 Watch Tower Society. *Atención médica sin sangre*. En: Cuestiones legales. Servicios de información sobre hospitales para testigos de Jehová *Watchtower Bible and Tract Society*, México, Chile, 2005, 5.

3 Watch Tower Society. Op cit., 65.

4 Tena, C., Sánchez, J. "La transfusión sanguínea y los derechos del paciente". *Revista CONAMED* 2, (2005), 20

5 Armenteros, JC. "Objeción de conciencia a los tratamientos médicos", *Colex*, Madrid, (1997), 35.

6 [Publicación en línea] Comité de ética asistencial. San Sebastian. España. Protocolo de tratamiento en pacientes Testigos de Jehová. [Consultado en diciembre 2009]. http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc_inter/protocolotestigosdejehova.pdf

7 Retamales Avelino. "Autonomía del paciente: los testigos de Jehová y la elección de alternativas a la transfusión", *Rev Chil Obstet Ginecol*, (2006), 71, 4, 280-287.

8 Cfr. Rivera Flores Jaime. *Aspectos Médicos, Éticos y Legales en Transfusión Sanguínea*. Ed Manual Moderno. México. 1996.

decisiones en este campo, desde la perspectiva educativa confrontan la formación ética que sobre el valor de la vida, la obligatoriedad de principio terapéutico, el principio de beneficencia médico/paciente y el respeto a la autonomía de la conciencia que se derivan de esta conducta.

Ante estos casos el médico, se encuentra ante un dilema, por una parte, debe ser respetuoso de la moral del paciente, pero también de sus obligaciones ante la vida fetal o embrionaria, que estaría en riesgo si acepta la negativa transfusional de la madre.

Como punto discursivo se tomará la argumentación de la filosofía personalista y la evaluación de competencia, bajo el modelo de Beauchamp y Childress⁹.

El análisis en bioética clínica, parte en primer lugar, de los hechos médicos, para abordar seguidamente el dilema moral.

Límites del presente trabajo:

Dada la amplitud del tema no se abordará el caso de negativa transfusional en adultos competentes sin embarazo.

2. Aspectos clínicos

Según la American Pregnancy Association¹⁰, alrededor del 80% de las muertes maternas son resultado de complicaciones del embarazo, parto o puerperio.

Desde la perspectiva médica, en el caso de embarazo y para poder valorar

si verdaderamente se requiere de terapia transfusional en una paciente determinada, hay que considerar que en muchos pacientes la oxigenación tisular se mantiene y la anemia es tolerada con valores de hematocrito tan bajos como 18%-25%. El corazón empieza a producir ácido láctico cuando el hematocrito es menor de 15%-20% y la insuficiencia cardiaca se presenta con hematocrito menor de 10%. En la anemia crónica, el rendimiento cardíaco no cambia, a menos que la Hb sea menor de 7 gr/dl, y los síntomas aparecen cuando la masa de eritrocitos se reduce en 50%. Las pacientes obstétricas toleran mucho mejor la anemia crónica sin efectos adversos significativos maternos ni fetales. Las cifras de hemoglobina no son predictivas de muerte, a menos que sea menor de 3 gr/dl. El umbral óptimo para iniciar la transfusión es variable en cada paciente, ya que depende del índice cardíaco (IC), en el cual deben considerarse las condiciones de la precarga, poscarga y la contractilidad cardiaca, así como de la velocidad de la pérdida. En pacientes en shock hipovolémico severo (pérdida de sangre mayor del 30% de la volemia), con pérdida de sangre mayor de 2 litros en menos de 4 horas, la mortalidad aumenta al 40% cuando los valores de hematocrito no se normalizan en las primeras 24 horas.

En la práctica, la Pvo₂ (presión venosa de oxígeno) es la mejor herramienta para asegurar que haya habido un adecuado transporte de oxígeno y determinar si un paciente anémico requiere transfusión de glóbulos rojos. Su valor normal es alrededor de 40 mmHg y niveles por debajo de

9 Beauchamp, J.F. *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University, New York, 2001, 320.

10 [Publicación en línea] American Pregnancy Association. "Pregnancy defuntions". 2004. <http://www.americanpregnancy.org/main/mac.html> [Consulta: 12/05/2008].

28 mg indican claramente un estado de hipoxia. Existen por tanto, indicaciones médicas precisas para la aplicación de elementos formes de la sangre, conocidas internacionalmente y consideradas acciones terapéuticas reconocidas.

Sobre este último punto, es cierto, que la sangre no es inocua, que como todo tratamiento médico, su aplicación obedece a un cálculo de riesgo/ beneficio para el paciente y que es mucho mejor, si las circunstancias lo permiten, utilizar alternativas a ella. En este sentido existe concordancia entre TJ y médicos no TJ¹¹ pero, también existen evidencias innegables sobre la necesidad inaplazable e insustituible de la transfusión. Singla¹² en el Hospital Mount Sinai School of Medicine señala en un análisis retrospectivo, realizado durante un período de once años, el resultado obstétrico de esta subpoblación (embarazadas TJ) y lo compara con la población obstétrica general, encontrando una frecuencia de 512 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en comparación con 12 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos en la población general, lo que se traduce en un riesgo de muerte 44 veces más debido a hemorragia obstétrica mayor. Es evidente que en casos concretos en donde la utilización de sangre esta indicada, su rechazo aumenta la morbi-mortalidad de este tipo de pacientes.

11 Ridley, D.T. "Colaboración con los testigos de Jehová en cuestiones de tratamiento". *Hospital Law* (1995), 12, 4.

12 Singla, A. Lapinski, R. Berkowitz, R. Saphier, C. "Are women who are Jehovah's Witnesses at risk of maternal death?". *Am J Obstet Gynecol* 185, (2001), 893-895.

El riesgo actual de una transfusión es de 2 a 44 usuarios por millón de unidades¹³, por lo que se puede asegurar que las hemotransfusiones son riesgos calculados.

Brevemente, puede decirse que existen razones médicas que impiden utilizar medidas alternativas únicas en todos los pacientes ya que por ejemplo: el ácido epsilonaminocaproico está indicado en algunos pacientes con hiperfibrinólisis, condición específica no muy común, la desmopresina, tiene afecto adecuado solamente en algunos casos de enfermedad de Von Willebrand o de hipocoagulabilidad por disminución de adhesividad plaquetaria secundaria a uremia. La eritropoyetina puede incrementar la hemoglobina, pero sólo a un ritmo de 2 g/dL/mes, lo que limita su uso en urgencias, la solución de Hartmann (lactato de Ringer) carece de poder oncótico para transportar oxígeno, por lo cual solamente reemplaza volumen, el dextrán, dependiendo de su peso molecular, puede incrementar la insuficiencia renal, el hetaalmidón carece de poder transportador de oxígeno, por comentar algunos excluyentes de uso. En el caso de que exista coagulopatía, el uso de aprotina o ácido epsilonaminocaproico, con posible administración de desmopresina podría ser utilizado, pero, si existe coagulación intravascular diseminada, la necesidad de reposición plaquetaria, como parte del tratamiento, es imprescindible para romper el círculo vicioso. Lo mismo sucede en *abruptio placentae* y atonía uterina, don-

13 Goodnough, L. Brecher, M. Kanter, M. AuBuchon, J. "Medical Progress: Transfusion medicine." Part 1. Blood transfusion. *The New England Journal of Medicine* 340, (1999), 438-447.

de las solas medidas quirúrgicas, si bien están indicadas, no pueden compensar en gran parte de los casos la hipoxia hipovolémica que se presenta. Muchas de estas urgencias son eventos impredecibles y no pueden ser manejados, como sugieren los TJ, como si siempre fuera cirugía electiva o el compromiso hipóxico fuera superable con solamente medidas conservadoras o volémicas. Por otra parte, algunos de los recursos mencionados no están disponibles en todas las unidades médicas, como pasa con el ácido epsilonaminocaproico, hetaalmidón, aprotinina, recapturador de eritrocitos, oxígeno hiperbárico, hipotermia, protoporfirinas, inmunoglobulinas, o el personal no esta capacitado en su uso.

La interrupción del flujo sanguíneo uterino en cantidad y/o en calidad afecta negativamente al feto desencadenándose sufrimiento fetal agudo (SFA). El estado choque requiere de la reposición de volumen con cristaloides y sangre. El estado del feto es altamente dependiente del mantenimiento del flujo uterino y del transporte de oxígeno materno; el aporte de oxígeno al feto depende del contenido de oxígeno del cordón umbilical el cual se compromete en el estado de choque materno desencadenándose hipoxia fetal y acidosis¹⁴.

3. Argumentos religiosos de los TJ

Los TJ se refieren a 463 citas de la Biblia para negar la transfusión de elementos formes de la sangre, entre ellas:

14 Ortega Carnicer, J. "Emergencias Obstétricas Críticas". En: *Avances en Emergencias y Resucitación III*. Perales y Rodríguez de Viguri, N. Ed. Edika Med Págs. Barcelona, Esp. 1998, 39-52.

Levítico 17:10 y Hechos 15:28, 29. El primer pasaje contiene el mandato dado a Noé, antepasado común de toda la humanidad, que la sangre no se debía consumir; siendo a él a quien Dios le señaló que la sangre debía considerarse algo especial. La segunda cita, la cual fue señalada a los israelitas, Dios les advirtió que "*cualquier hombre que comiera cualquier clase de sangre, ciertamente fijaría su rostro contra el alma que estaba comiéndola*", proceder que llevaría a que la persona fuera "cortada de entre su pueblo".

Génesis 9:4 "Pero la carne con su vida que es su sangre, no comerás". "Y cualquiera... que cazare animal o ave que sea de comer, derramará la sangre y la cubrirá con tierra. Levítico 17:13" "Que os abstengáis de lo sacrificado a ídolos, de sangre, de ahogado y de fornicación. Hechos 15:29".

Aunque parece claro que todas esas citas se refieren a sangre no humana y nada tienen que ver con una transfusión, los TJ consideran esta prohibición orden divina.

En general, los TJ aceptan componentes menores sanguíneos, suero, proteínas del plasma (albúmina, inmunoglobulinas, fibrinógeno), factores de coagulación, células troncotutipotenciales (células madre hematopoyéticas), trasplantes de médula ósea, uso de componentes, interferón, citokinas, sustitutos de sangre, procedimientos como hemodilución, circulación extracorpórea, (bomba cardiopulmonar, hemodiálisis)¹⁵.

15 Malak, J. "Jehova's Witnesses and medicine: an overview of beliefs and issues in their care". *Journal of Medical Association of Georgia* 87, (1998), 322-327.

Pero mantienen la prohibición sobre elementos formes (eritrocitos, leucocitos, plaquetas), sobre la sangre autóloga almacenada, la donación de sangre, sobre cualquier procedimiento que interrumpa un sistema de circuito¹⁶. Las células madre-hematopoyéticas están prohibidas si se toman del cordón umbilical, pero se toleran si se toman de la sangre periférica o médula ósea.

La mayoría de los productos aceptados por las TJ embarazadas se limitan a aquellos que pasan a través de la barrera placentaria durante un embarazo, por ello pueden aceptar estos llamados "componentes menores" como asunto de conciencia. Como serían plaquetas, proteínas y otros elementos químicos propios del plasma. El razonamiento se basa en que si Jehová permite que estos productos pasen de la madre al feto, es lógico concluir que Dios no violaría su propia ley. Este argumento suena muy razonable, si no fuera por el hecho de que la ciencia médica ha demostrado que casi todos los componentes sanguíneos pasan a través de la barrera de la placenta, incluyendo cierta cantidad de elementos formes, como los eritrocitos¹⁷.

16 Kerridge, I. Lowe, M. Seldon, M. Enno, A. Deveridge, S. "Clinical and ethical issues in the treatment of a Jehovah's Witness with acute myeloblastic leukemia". *Archives of Internal Medicine* 157, (1998) 1753-1757.

17 Walknowska, J. Conte, F.A. Grumback, M. "Practical and theoretical implications of fetal/maternal lymphocyte transfer". *The Lancet* 1, (1969), 119-122. Simpson, J.L. Elias, S. "Isolating Fetal Cells in Maternal Circulation For Prenatal Diagnosis" *Journal of American Medical Association* 270, (1993), 2357-2361.

Desde la perspectiva Bioética, el respeto no solamente se debe a los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia sino que incluyen los valores individuales que impactan en la consideración psicológica de calidad de vida de los pacientes.

El respeto a la autonomía del paciente es uno de los principios fundamentales en los que se basa la ética biomédica. El principio de autonomía tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él, aunque ello no sea compartido por el médico¹⁸.

Pero también debe considerarse, que las decisiones autónomas tienen límites, especialmente ante terceros, y este es el caso del embarazo.

4. Consideraciones sobre el manejo fetal

Bajo el concepto de autonomía materna las necesidades del producto de la concepción se encuentran frecuentemente en desventaja ante las decisiones adultas. Recalcando que, ante una mujer embarazada los médicos tenemos a nuestro cargo ambas vidas y que el hecho del avance de la perinatología obedece a esta premisa, hay que apuntar que ante productos cerca de la viabilidad o francamente viables, médicamente si existen no solamente medidas de protección, sino claramente terapéuticas o conservadores de su vida, el problema en gran parte es la intención y decisión materna sobre la suerte del

18 Ortega Moreno, A. "La autonomía del paciente", *Neurología* (2004), 9 (Supl 4), 30-6.

producto de la concepción. Entre otras medidas tenemos que, en algunos casos es posible considerar la inducción del parto o quizás una cesárea después de valorar la viabilidad fetal^{19,20} puede haber posibilidad de administrar corticoides u otros fármacos tratando de coadyuvar a la maduración pulmonar fetal²¹, así como empleo de medidas diagnósticas de sangre fetal mínimamente invasivas^{22,23}. En otros casos, esto es imposible, simplemente por la urgencia o la edad gestacional del producto. Si bien existen numerosas entidades obstétricas manejables sin transfusión, con medidas hematológicas adecuadas, por ejemplo placenta baja, ello presupone que la paciente hubiera tenido seguimiento prenatal adecuado, lo cual no en todos los casos sucede.

La negativa transfusional materna tiene otra versión. Puede ser que la madre

no requiera transfusión, pero si el hijo, por patología propia, como podría ser una incompatibilidad inmunohematológica, caso frecuente hacia el factor D (Rh/hr). En este caso, también la madre rechazaría la transfusión, tomando decisiones sobre su tutorado.

El manejo actual del feto a través del cuidado perinatólogico permite a través de la cordocentesis²⁴ después de las 20 semanas gestacionales certificar un hematocrito fetal menor de 30%, lo cual es un indicador de transfusión intravascular directa. El riesgo de muerte fetal debida al procedimiento fue 0.48%^{25,26}, lo cual indica que es un procedimiento seguro para el feto. Así es que la transfusión intrauterina, intraperitoneal o intravascular es un procedimiento adecuado, el problema es la negativa de la paciente a que su hijo sea trasfundido.

Ante esta disyuntiva surge la pregunta: ¿Existe un derecho absoluto de la madre sobre la vida de su hijo?

19 Becker, R. Vonk, B. y cols. "The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa and delivery:evaluation of 8650 cases". *Ultrasound Obstet Gynecol* 6, (2001), 496-501.

20 Chaoui, E. Kalache, D. y cols. "Application of three-dimensional power Doppler ultrasound prenatal diagnosis". *Ultrasound Obstet Gynecol* 1, (2001), 22-29.

21 Caughey, A. Parer, J. "Recommendations for repeat courses of antenatal corticosteroids". *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 6, (2002), 1229.

22 Mari, G. Deter, R. y cols. "Collaborative Group for Doppler Assessment of the Blood Velocity in anemic fetuses: noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization". *The New England Journal of Medicine* 1, (2000), 14.

23 Oepkes, D. "Invasive versus non-invasive testing in red-cell alloimmunized pregnancies". *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 1, (2000), 83-89.

24 Soney, J. Nicolaidis, K. "Cordocentesis en el diagnóstico del bienestar del feto". *Clin. Perinatol* 4, (1994), 743-763.

25 Bell, J. Weiner, S. "Has percutaneous umbilical blood improved the outcome of high-risk pregnancies?". *Clin Perinatol* 20, (1993), 61-80.

26 Sierra, I. Tavares, F. González, F. Paravisini, I. Magnelli, A. De Abreu, L. et al. "Cordocentesis y perfil biofísico en el diagnóstico de bienestar fetal". *Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela* 59, (1999), 229-235.

Berrebi, A. Bénichou, A. Sarramon, M. Bessiéres, M. Rolland, M. Kobuch, W. et al. "Valeurs biologiques de référence chez foetus humain". *Journal de Gynecologie Obstetrique et Biologie de la Reproduction* 21, (1992), 355-359.

Ryan, G. Morrow, R. "Transfusión sanguínea en el feto". *Clin Perinatol* 3, (1994) 579-595.

5. Aspectos éticos

Existen varias aproximaciones para este abordaje.

En el caso de la madre, si se trata de una persona coherente y bien informada, su competencia sería alta. Para el modelo de Beauchamp, merecedora de respeto en su decisión. Diego Gracia lo señalaría como paciente de Categoría 3. Pacientes con elevado nivel de competencia, que poseen:

1. Comprensión reflexiva y crítica de la enfermedad y el tratamiento.
2. Decisión racional basada en consideraciones relevantes que incluyen creencias y valores sistematizados. Estos pacientes pueden:
 - a) Consentir en tratamientos ineficaces.
 - b) Rechazar tratamientos eficaces.

Pero el embrión se encontraría en el caso de incompetencia, por tanto con necesidad de tutela. La tutela, ética y jurídica, sustentada siempre será en el mejor beneficio para el tutelado. Toda persona tiene derecho a su bien, y la vida es un bien mínimo en una sociedad democrática. El derecho a la vida, no es deber máximo, de consenso, sino el más mínimo, por lo cual no puede ser negociado, a menos que existiera una razón específica (guerra, pena de muerte, defensa propia), caso que no concuerda con el estado del feto.

Para Gracia²⁷ “los cuatro principios bioéticos, lejos de ser del mismo nivel, se

hallan estructurados en dos niveles diferentes que definen dos dimensiones de la vida moral: la privada, compuesta por los principios de autonomía y beneficencia, y la pública, formado por los de no-maleficencia y justicia. En caso de conflicto entre deberes de estos dos niveles, los deberes del nivel público tienen siempre prioridad sobre los del nivel privado”. Por tanto, ante personas incompetentes, se prioriza la obligatoriedad de no maleficencia y justicia. Privar de la vida al feto iría contra estos principios.

Ante la argumentación de que la decisión que puede poner fin a la vida de los TJ es en resguardo de una vida superior (espiritual), hay que analizar que, en el caso de la madre, que acepta la muerte por causa de un bien religioso, tal acto puede denominarse martirio por la fe, y este siempre deberá ser de carácter volitivo, siendo que se trata de una decisión basada en la libertad. La decisión se toma en ponderación de una jerarquía personal de bienes, los cuales se eligen libremente. Toda adhesión a una religión, especialmente en adultos, debe ser libre, es una elección volitiva, la fe no puede ser impuesta. Pueden imponerse sus ritos, pero su ejercicio carecería de valor moral si no están respaldados en una firme convicción libre. Es por esto que, no hay martirio válido si no se realiza en libertad, de lo contrario sería una imposición de terceros. El embrión carece de esta característica. No puede profesar ninguna fe ni convicción religiosa, ni tampoco los padres garantizar que aún educado bajo ritos o normas de creencia, serán compartidas en estado de adulto

²⁷ Gracia, D. “Cuestión de principios”. En: *Estudios de Bioética*. Feito Grande, Madrid, 1997, 75.

competente, y menos que serán aceptadas libremente. Los valores personales que muchas veces se fundan en una visión particular del bien, no son exigibles para todos los hombres.

Aunque la madre aduzca que su hijo será formado como TJ, se trata de una presunción, una intención, y no de un hecho. No puede garantizarse que su hijo profese esa fe, ni acepte la muerte en ese caso. Por tanto no puede negarse la vida a un sujeto en estado de incompetencia. Sin vida no hay posibilidad de que ese sujeto aceptara libremente o no las creencias de TJ en un momento futuro, y en el presente sería un acto injusto, al negarle principios mínimos.

Jurídicamente y éticamente, la aceptación de la tesis de los TJ adultos se encuadra en la aceptación del Derecho de Objeción de Conciencia. Se define objeción de conciencia como el derecho a ser eximido del cumplimiento de un deber legal por motivos de conciencia²⁸.

Sin querer profundizar este concepto en este trabajo, si se debe hacer referencia que tal condición tiene límites²⁹:

1. La objeción de conciencia no es un derecho general, sino excepcional, con razón justificada.
2. No debe producir directamente daños a terceros.
3. Las condiciones que determinan esta excepción vienen dadas por la naturaleza del bien jurídico

28 Sierra, D. M. "La objeción de conciencia de los trabajadores de la salud". *Publicación de la Universidad Panamericana, Facultad de Derecho* (1998), 211.

29 Sierra, D. M. *Op cit.* 214.

protegido. Es preciso determinar las consecuencias que el incumplimiento de un deber determinado pueden acarrear y resolver a favor del bien jurídico que goce de la mayor intensidad de protección.

Retomando la jerarquización de principios de la bioética, las decisiones que afecten a terceros, se realizan bajo el principio de justicia y no maleficencia, y se encuentran sobre las preferencias personales de autonomía y beneficencia personal.

Es así que (sin analizar el caso en adultos) estos principios no funcionan en la mujer embarazada si afecta con ello a su hijo.

La filosofía del derecho que respalda las decisiones de conservar los derechos propios de la persona (personalísimos), incluyen el Derecho a la vida. "La tutela jurídica hacia la subsistencia de las personas (conservación de la vida) y de los no nacidos (obtención de la vida)³⁰. Es así que existe la obligatoriedad de asistencia en caso de urgencia y que incluye el no aceptar la negativa del paciente a tratamiento en contra de su vida³¹.

Una segunda visión es representada por el caso *In re Fetus Brown*³²: Esta fue la primera decisión de una corte de apelaciones en Estados Unidos que examinó el rechazo a transfusiones de sangre por parte de una mujer TJ embarazada. La corte dictaminó que "el Estado no po-

30 CasaMadrid, O. *La Atención Médica y el Derecho Sanitario*, JGH Editores, México, 1999, 40.

31 Secretaría de Salud. "Ley General de Salud Mexicana". *Art. 81 del reglamento de Atención Médica*.

32 *In re Fetus Brown* (Illinois Appellate Court 1997).

drá anular la decisión competente sobre tratamiento de una mujer embarazada, incluyendo el rechazo a procedimientos médicos invasivos recomendados, con el fin de salvar potencialmente la vida del feto orgánico. Nosotros hallamos que una transfusión de sangre es un procedimiento médico invasivo que interrumpe la integridad física de un adulto competente”.

Con esta sentencia jurisprudencial, la Corte de Illinois afirmó el derecho de la mujer embarazada a rechazar transfusiones de sangre.

Como tercera consideración, desde la perspectiva ética, la opinión paterna debería ser tomada en consideración, especialmente si el padre no es TJ, más jurídicamente solamente la decisión materna ante intervenciones en su cuerpo es la que tiene carga legal. También así lo manifiesta el principio de autonomía, que hace referencia al adulto directamente involucrado. Queda entonces la pregunta ética sobre el papel del padre en las decisiones de vida de sus hijos, de los cuales él es directamente interesado y participante, aunque excluido por razones legales y de algunas posturas en las corrientes bioéticas.

6. Posibilidades de abordaje del conflicto

El deseo de conciliar intereses, en este caso, autonomía de la madre y beneficencia del producto, lleva a la atención de algunas alternativas:

a) Respeto irrestricto a la autonomía materna. Resultado: alta posibilidad de muerte de la madre y el feto.

Un primer abordaje sugiere que, si se acepta que el feto debe tener la suerte que la madre depara para él, esto es la muerte, se aceptaría, de facto, que la madre tiene plena disposición sobre el hijo, siendo así que se constituiría un derecho de propiedad, que su cuerpo les pertenece y por tanto pueden realizar actos contra terceros, como es el aborto. De facto se reconocería la propiedad de la madre sobre el hijo. Existen múltiples situaciones en que una persona depende de otra, pero esto no le da derecho irrestricto sobre el indefenso. El reconocer que un ser humano depende en vida o muerte según la decisión de otro es un razonamiento que se encuentra en contra de la dignidad de la persona y de la filosofía del Derecho Mexicano, así como de cualquier sistema de derecho que se oponga a la esclavitud.

Una segunda reflexión nos indica que en parte los Testigos no están decidiendo la suerte de su hijo, sino que se trata de una decisión divina, si el hijo muere o no, el TJ solamente acata los lineamientos de sus creencias. Este supuesto es como se dijo anteriormente, una convicción religiosa sobre la licitud ética del martirio y la posible fe futura del hijo. No hay fundamento para aplicarlo al hijo, que actualmente no profesa esa creencia.

b) No respetar la autonomía de la madre. Resultado: alta probabilidad de vida de madre y feto.

Este tipo de decisión no respeta la autonomía materna, pero, respeta el principio de justicia, no maleficencia y beneficencia del feto y parcialmente (vida

física) de la madre. Se apega a la norma de evitar daños a terceros. Para la ética existe también una obligación de defender al indefenso y de darle oportunidad, a través de la vida de realizar sus propias decisiones en el futuro. Bajo las sanciones que la madre afrontará si fue trasfundida, se comenta que depende mucho del tipo de comunidad a que pertenezca y si la transfusión fue en contra de su voluntad, solamente no habría sanción de la comunidad, sino que la persona se sentiría ultrajada por ese acto. Esta decisión implica cierta violencia moral contra la madre y existe además la posibilidad de demanda contra el médico por TJ, la cual, por las razones jurídicas mexicanas, no procedería³³, ya que en caso de urgencia, el Código Penal Mexicano en su Art. 312 señala la obligatoriedad de asistencia para conservar la vida o la integridad de la persona.

- c) Respetar la negativa de la madre a ser trasfundida y si realizar maniobras de rescate fetal. Resultado: alta posibilidad de muerte materna, relativa posibilidad de vida fetal.

Es posible que la madre acepte intervención de rescate en el feto, aunque niegue el tratamiento propio. La viabilidad del producto evidentemente será uno de los factores decisivos en el manejo de esta posibilidad.

³³ Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). *Op cit.* 23.

C.1) Embrión o feto no viable

Dependiendo de las posibilidades del centro de atención, los fetos menores de 25 semanas no tienen viabilidad ante la inminente muerte de la madre. Si existen posibilidades de alcanzar alguna posibilidad de sobrevivida, éticamente debería hacerse un esfuerzo para esperar las semanas necesarias para inducir un parto o realizar una cesárea. Evidentemente, esto no es posible en situación de urgencia. Por lo que ambos fallecerán.

C.2) Feto cercano a la viabilidad

Si es posible deberá acudir a los medios actuales de la perinatología, como es el uso de cordocentesis con transfusión homóloga.

Existen casos reportados de soporte cadavérico materno y obtención de producto sano viable³⁴. Quizás se presente como hipotético, pero es posible. Si existe

³⁴ Sperlberg, D. "Maternal brain death". *American Journal of Law and Medicine* 30, (2004), 453-500.

Kantor, J. Hoskins, I. "Brain death in pregnant women". *Journal of Clinical Ethics* 4, (1993), 308-314.

Chervenak, F. McCullough, L. "Clinical management of brain death during pregnancy". *Journal of Clinical Ethics* 4, (1993), 349-350.

Sheikh, A. Cusack, D. "Maternal brain death, pregnancy and the fetus: the medico-legal implications for Ireland". *Medical Law Review* 23, (2004) 237-250.

McCrummen, S. "Weary father left to count the days: doctors hope technology can sustain fetus". *Washington Post* (2005), B1, B4.

Glover, J. "Incubators and organ donors". *Journal of Clinical Ethics* 4, (1993) 342-347.

Wuermeling, H. "Survival of the fetus in maternal brain death". *Zeitschrift Arzttelche Fortbildung*, 1, (1993), 845-847.

consentimiento materno (especialmente escrito) podría intentarse esta maniobra, pues la vida humana, siempre es más valiosa que los recursos invertidos en ella.

C.3) Feto viable

La posibilidad de inducción de parto, cesárea y aún cesárea postmortem, así como la cordocentesis con transfusión homóloga vuelve a ser una maniobra electiva en este caso. Nuevamente se hace evidente la firma de una aceptación para dicho procedimiento por la madre antes de su muerte, puesto que después, y no habiendo manifestado su opción, la decisión sería del padre o familiar cercano, con la complicación subsecuente. Otra alternativa sería acudir a la custodia del menor por parte de la autoridad competente, mediante una orden del ministerio público, en este caso, el nacido, probablemente quede en disposición de adopción, en caso de rechazo paterno. Aunque esta opción es la que más respeta la ética sobre la beneficencia del menor, tiene serios inconvenientes prácticos.

7. Conclusiones

El médico, ante la mujer embarazada se responsabiliza de dos pacientes. Como primera intención debe siempre

ofrecer un manejo médico acorde a las creencias de la embarazada, en todo lo posible, pero sin olvidar su compromiso con la vida del embrión/feto. Es muy conveniente considerar la participación de médicos de los Comités de Enlace de los TJ para valorar alternativas o traslados. La obligación moral del personal de salud es la de agotar todas las alternativas terapéuticas a la transfusión con el fin de respetar la libertad de conciencia del médico y del paciente, así como la libertad de cultos. El caso de urgencia transfusional en TJ presenta múltiples problemas éticos ya que al respetar la autonomía materna puede violarse el derecho a la vida del no nato.

Bajo la visión moderna de la relación médico/paciente, se ha dado a la autonomía del paciente una validez especial, manifestada en el respeto al consentimiento bajo información previa, los testamentos vitales o declaraciones de voluntades anticipadas. Este reconocimiento se otorga a adultos competentes y siempre que no ocasione daños a terceros. El embarazo representa un tema limítrofe de conflicto de intereses, que en la bibliografía médica y ética no han abordado con suficiente profundidad. Ante esta insuficiencia, se insta a la reflexión de todos los involucrados a fin de aportar soluciones viables a este problema.

Recibido: 07-06-2009
Aceptado: 31-12-2009

