



Por: Lic. Margarita Quiala Reyes*



El trasplante de órganos: Reflexión Bioética

RESUMEN

Se hizo un análisis general de las implicaciones del desarrollo tecnológico sobre algunos aspectos éticos de los trasplantes de órganos y tejidos. Para ello, se tuvo en cuenta la necesidad de complementar el principio de totalidad con el de solidaridad y el hecho de que existen determinadas condiciones, que siempre han de verificarse, para establecer la legitimidad ética de este sacrificio físico por parte del donante vivo. Se examinó el problema básico de la determinación de muerte, en el caso del donante cadáver y se hizo una reflexión somera sobre las perspectivas de los trasplantes de tejidos fetales y los procedentes de animales. Se concluye que no basta con la tetralogía básica de la ética biomédica principialista, sino que se requiere, además, el cultivo de las virtudes y tener en cuenta al ser humano en toda su inagotable complejidad.

Palabras clave: Bioética y biomedicina; trasplantes; donante vivo; muerte encefálica; xenotrasplantes.

INTRODUCCIÓN

En la práctica de Enfermería y, más específicamente, en el ejercicio del cuidar, debe considerarse muy seriamente el contexto en que se desarrolla esta tarea; la experiencia y el entorno, influyen decididamente en el grado de excelencia del cuidar. Es diferente acompañar a morir a un ser humano en su hogar, rodeado de sus familiares y amigos, que hacerlo en el seno de una gran unidad de cuidados intensivos; estos elementos deben tenerse en cuenta en la fundamentación de la ética del cuidar. La labor de enfermería como tal, debe orientarse hacia diferentes polos: La tarea de cuidar a otro ser humano, el cuidado de sí, el cuidado del cuidador y el cuidado de la institución. El desarrollo óptimo del ejercicio de la enfermería sólo es posible si se da la integración entre estas formas. Lo ineludiblemente ético es el cuidado del enfermo: estar por él, pensar en él, preocuparse por él, procurar que tenga todo lo necesario, constituye la esencia de la ética del cuidar. La práctica de cuidar a otro ser humano es tanto más necesaria cuánto más imposible resulte curarle; se relaciona con dos ideas morales de gran contenido tradicional: la dignidad y la esperanza. Hay que brindarle esperanza en sí mismo y en sus posibilidades, no necesariamente de sobrevivir, pero sí de tener una calidad de existencia hasta la hora final.

En este trabajo se pretende analizar las implicaciones del desarrollo tecnológico sobre algunos aspectos éticos de los trasplantes de órganos y tejidos.

DESARROLLO

Algunos sitúan los orígenes de la Bioética en el proceso de Nuremberg, en 1947, cuando se condenó a los criminales nazis por los experimentos con prisioneros de guerra. En 1954, J. Fletcher publicó su libro "Moral y medicina", pero otros la asocian con el problema de los primeros trasplantes de órganos, especialmente con el de corazón, hecho por el doctor C. Barnard en 1967. Sin embargo, no fue hasta 1969 que se fundaron los que serían los dos primeros centros de Bioética en Estados Unidos, el "Hastings Center" y el "Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics" por el médico A. Hellegers y el filósofo D. Callahan. En 1970 Van Rensselaer Potter escribió el artículo "Bioethics, the Science of Survival" y en 1971 el libro "Bioethics: Bridge to the future", con lo cual quedó definitivamente acuñado el término.

La Bioética requiere necesariamente de un diálogo multidisciplinar, pues se relaciona con muy diversas ciencias actuales de la vida y de la salud, no sólo desde el punto de vista biológico, sino también

económico, social, jurídico, normativo, político, cultural y religioso, que exige ser considerado, en su complejidad, a la luz de los valores y principios morales.



La sustitución de órganos afectados por enfermedades consideradas incurables es hoy una realidad, gracias a la trasplantología. Los cuidados intensivos pueden mantener perfundidos los órganos en pacientes que han fallecido, resolviendo la grave cuestión de la obtención de éstos. No obstante, la ciencia y la técnica también han contribuido a prolongar el proceso de morir, hasta el punto de que ha sido necesario cambiar los criterios para la determinación del fallecimiento, lo cual resulta de vital importancia a la hora de decidir sobre la extracción de órganos al presunto donante. Puede decirse que la muerte se ha institucionalizado y el morir humano ha cambiado.

Regularmente se suceden las noticias, por los medios científicos y de comunicación social, de nuevos avances médicos, como novedades terapéuticas, del diagnóstico, técnicas quirúrgicas o de otra índole, desarrolladas para resolver los problemas de enfermedades invalidantes o terminales; todas estas nuevas tendencias requieren una reflexión ética. Sin embargo, los árboles representados por estas novedades pueden impedir ver el bosque de la reflexión ética acumulada a lo largo del tiempo, en torno al tema de los trasplantes de órganos.

Clasificación de los trasplantes:

- **Autoplástico:** Conocido generalmente como autoinjerto; donante y receptor son la misma persona humana (ejemplo, fragmento de piel, hueso, cartílago, etc.) con el fin de curar alguna parte enferma, deforme o accidentada. La valoración ética es positiva, con tal que haya motivos serios y racionales para su realización y se prevea el éxito de la intervención quirúrgica.
- **Heteroplástico:** En esta variante existen dos personas; un donante (puede ser vivo o muerto) y un receptor que, obviamente, siempre tiene que ser vivo.
- **Homoplástico:** En el caso anterior, si donante y receptor son de la misma especie; pueden ser de donante vivo emparentado o donante muerto.
- **Aloplástico:** Cuando se realiza entre donante y receptor de diferentes especies; ejemplo de animal a persona. Desde el punto de vista ético es polémico; aunque se han realizado ya algunos, no se han logrado aún resultados que ayuden a resolver las numerosas interrogantes en torno a él (mayor posibilidad de rechazo, eventual mutación de un virus animal al ser transmitido al receptor con el injerto, etc.).

Siempre se ha realizado una valoración ética positiva de la donación de una parte del propio cuerpo, si de ello no se derivan consecuencias sustanciales en la funcionalidad y operatividad del sujeto. Hubo una época en que se hizo muy polémica la discusión, cuando el donante emparentado donaba un órgano (por ejemplo, el riñón) al no ser considerado de la misma manera que la transfusión de sangre (valorada como sobreabundante en el organismo). J. Kuncie, perteneciente al círculo de la ética casuística, mostraba la incongruencia de ciertos moralistas, partidarios de la idea de que si, con un riñón, la vida fuera totalmente imposible, a ningún médico se le ocurriría realizar semejante operación, ni a nadie donar ese órgano. Con el paso del tiempo, la reflexión se trasladó de las aplicaciones a los principios éticos sobre los cuales se apoyaban estos círculos. Esta revisión llevó a la conclusión de que los planteamientos casuísticos estaban aprisionados por un pensamiento ético individualista y que era necesario completar el principio de totalidad con el de solidaridad; y, desde una visión teológica, el de la caridad. De todas formas, habría que hablar de ciertas condiciones, que siempre han de verificarse, para establecer la legitimidad ética de este sacrificio físico por parte del donante, como son:

1-Plena libertad en la donación; sin coacciones de ningún tipo, incluso si se trata de preso o de parientes cercanos. Es oportuno, en general, un análisis de los motivos que pueden conducir a donar órganos (puede que, en determinados casos, un análisis psicológico saque a relucir motivos internos pocos limpios). Debido al mecanismo de rechazo, hasta el presente siempre se ha tenido en cuenta como donantes vivos para trasplante de riñón a los familiares del receptor. Esto puede traer dificultades en relación con el consentimiento libre de la donación, pues la persona que aparece como la más adecuada para el caso, puede fácilmente verse sometida a la presión del resto de la familia, lo que conduciría a la influencia de determinados factores psíquicos y emocionales. En la relación entre donante y receptor, es importante. Lo decisivo es, de todas formas, el consentimiento libre con el que una persona se sitúa en posición de determinar el modo en que puede prestar ayuda a otra, así como el reducir al mínimo el riesgo para la salud del donante.

- 2-El donante debe estar informado, de manera adecuada, de los posibles riesgos a lo que se expone, puesto que a él le toca decidir como persona responsable de sí.
- 3- Debe quedar bien establecida la necesidad y urgencia por parte del receptor, cuya situación no tenga solución por otras vías.
- 4- El trasplante ha de tener una razonable posibilidad de éxito, según el criterio del médico especialista, proporcionada al riesgo que corre el donante en su integridad y funcionalidad vital.

En el caso del donante fallecido, el primer problema ético y legal que se plantea es el de la disponibilidad del cadáver y de los órganos que van a ser trasplantados. El cadáver ya no es una persona; por eso, desde el punto de vista ético, no se presentan objeciones insalvables a esta disponibilidad. Sin embargo, es de extraordinario relieve el respeto de los restos mortales del hombre: En la cultura occidental, las personas se sienten obligadas a cumplir los deseos que manifestaran sus deudos difuntos en relación con lo que haya de suceder con su cuerpo. Esto impide una socialización arbitraria y su libre disposición por parte de las autoridades, por lo que se debe pedir el consentimiento de los familiares implicados, para la extracción de órganos u otras piezas anatómicas de fallecidos, tanto con fines terapéuticos como científicos. Ello implica que el difunto puede haber manifestado su disposición para ello antes de su fallecimiento y, en ese caso, su voluntad (tanto si es favorable como si es negativa) merece un profundo respeto. Nadie puede cambiarla después, según sus gustos o sentimientos. En caso de que no conste, sus familiares o la autoridad competente podrán permitir el trasplante, ya que esto parece correcto y éticamente aceptable. El bien social es tan evidente, cuando la vida de muchos enfermos está condicionada a un trasplante, que lo más racional y lógico es hacerse donante voluntario.

Hay diferentes criterios al respecto; J.Elizari piensa que el no exigir el consentimiento, contentándose con la no constancia de oposición, es una medida razonable que elimina obstáculos a la solidaridad. G. Perico, por su parte, plantea que no es en absoluto necesario que el ciudadano manifieste su voluntad sobre la donación post-mortem de sus órganos; es simplemente una norma implícita en el hecho de formar parte de un grupo organizado, donde se procura el bien de cada uno de sus componentes y donde se ayuda al que se encuentra en situación apurada. En algunos países se trata de construir una mentalidad basada en un supuesto derecho de los parientes de entrar en posesión del cuerpo del difunto; se objeta que haya que respetar la voluntad de los difuntos, lo mismo que se plantea con respecto a la herencia (no hay un valor objetivo que permanezca) .

La consecuencia es que, desde presupuestos éticos, resulta necesario potenciar esa disponibilidad venciendo miedos, cuyas consecuencias las sufren los necesitados receptores. Ayudarlos es un gesto de amor; desde el punto de vista moral no puede hacerse la menor objeción contra el uso de nuestros órganos para salvar la vida de otra persona. Debe triunfar el amor a los semejantes, el desprendimiento y el altruismo.

Determinación del momento de la muerte del donante.

El dilema ético más importante en los trasplantes homoplásticos de cadáver, sobre todo cuando se extirpan órganos vitales, es el de asegurar que el momento de la muerte de la persona ya ha tenido lugar. El problema se plantea porque el donante ha de estar muerto, pero sus órganos deben seguir viviendo; la muerte es un proceso que dura algún tiempo, aunque la causa sea considerada como repentina.

El problema no puede resolverse desde una instancia científica solamente; es más bien una cuestión interdisciplinar. La medicina ha de aportar toda su competencia en orden a explicar cuándo termina la existencia de ese sustrato biológico necesario para que podamos hablar de vida de la persona humana. Solamente el encéfalo da al hombre su realidad; si el cerebro muere, ya no hay vida humana. La medicina tiene una palabra importante, pero no exclusiva, con relación al tema: desde un punto de vista antropológicamente correcto hay que decir que, a pesar de que la vida orgánica continúa existiendo, apoyada por medios artificiales, le falta de manera irreversible aquel sustrato que hace posible la conciencia, la libertad y la efectividad. Sin ese centro que organiza y da sentido a esta vida orgánica, aún cuando otras funciones del cerebro primitivo puedan ser mantenidas para la conservación de ésta en su organización biológica, no se está ya en presencia de una posibilidad de historia humana y se puede decir que ésta ha llegado a su fin, afirmación médica y antropológica. Teniendo en cuenta esto, se han elaborado criterios, periódicamente revisados, para la determinación de la muerte encefálica. Esta identificación resuelve las eventuales



dificultades para proceder a la extracción y trasplante de órganos vitales, haciéndolo perfectamente lícito desde el punto de vista ético –y legal- siempre que se respeten dichos criterios.

Algunas cuestiones éticas relacionadas con los trasplante de tejido fetal.

El deseo de ayuda a quienes pudieran recibir el beneficio de los trasplantes provenientes de tejido fetal, ha desarrollado una creciente demanda de los mismos. Existen reportes de la creciente capacidad de los científicos para poder obtener una clase particular de células germinales (como las de la sangre, obtenidas de médula ósea) y manipularlas, transformándolas en otra clase de células, que pueden usarse terapéuticamente en el paciente con grandes ventajas, como la de disminuir el riesgo del rechazo (se trata de tejidos privilegiados desde el punto de vista inmunológico). Sin embargo, a pesar de estos eventuales avances (algunos de ellos aún por demostrar), siguen existiendo serios cuestionamientos éticos para el empleo de tejidos fetales. El más serio, tiene que ver con los medios por los cuales se obtienen los mismos. Obviamente, el aborto directo de embriones y fetos humanos constituye, junto con el empleo de los llamados "embriones sobrantes" de la fertilización in vitro, la fuente principal para su obtención con fines de experimentación y terapéuticos, así como para servir de materia prima para las industrias farmacéutica y cosmética. Sin embargo, si se quiere ser coherentes, a los seres humanos no nacidos deben aplicarse los mismos principios morales que a los seres humanos ya nacidos. Ello incluye el derecho a la integridad corporal y a la vida, que no puede ser violado. La regla de que el donante debe estar muerto, se aplica universalmente a todos los donantes potenciales de órganos; es decir, que los órganos ó tejidos destinados a trasplante, no pueden ser removidos hasta que el individuo haya sido declarado muerto. Ningún ser humano puede ser asesinado, ni su muerte apresurada, con el fin de obtener sus órganos o tejidos para trasplante. El acta nacional de trasplante de órganos de 1984 pone fuera de la ley la venta de tejido humano.(4)

CONCLUSIONES

En el tema que nos ocupa, el principio de Beneficencia se traduce en el deber de hacer todo lo posible, desde el punto de vista humano y técnico, para restablecer la salud del enfermo, para curarle; el de No-maleficencia, en garantizar un mínimo de riesgos para el donante vivo; el de Autonomía, en respetar la libre decisión del mismo, o la voluntad del difunto en el caso del donante cadáver; y la Justicia en garantizar la equidad en el acceso a la posibilidad de trasplante para todos los potenciales receptores. Sin embargo, de la reflexión realizada se desprende que no basta con la tetralogía básica de la ética biomédica, sino que se requiere, además, una voluntad, una disposición y una actitud, que estén basadas en el cultivo de las virtudes y tengan en cuenta al ser humano en toda su inagotable complejidad. Las cuestiones éticas y antropológicas deben estar presentes en los programas de la carrera de enfermería, tanto como en la de medicina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Lozano J. Fundamentos Filosóficos y Teológicos de la Bioética. Bioética, dic. 2003 (Suplemento).
- 2-Zamora R. Atención al paciente terminal con SIDA, desde los cuidados intensivos. Bioética 2002; 3(1): 7-10.
- 3-Hass J. Cuestiones éticas acerca de los trasplantes de tejido fetal. Bioética, dic. 2001 (Suplemento).
- 4-Vico, J. Dolor y muerte humana digna, Ed. San Pablo, Madrid, 1995 pp.164 y sig.
- 5- Suardíaz J. Aspectos bioéticos y antropológicos del dolor ,el sufrimiento y la muerte. Bioética 2005; 6(3): 18-25.
- 6-López Quintás A. Descubrir la grandeza de la vida. Ed. Verbo Divino, Navarra, 2004.
- 7-Suardíaz J. La objeción de conciencia I y II partes Bioética 2004; 5(2): 25-26 y 5(3): 24-25
- 8-Hacia la excelencia en el cuidar I, II, III, y IV partes Labor Hospitalaria 1999; 4:254.
- 9-Gómez J. Trasplante de órganos, Bioética 2004; 5(2): 8-11.

* Licenciada en Enfermería, Profesora de la Universidad Médica de La Habana. Diplomada en Bioética. Esta reflexión fue expuesta como ponencia en la VIII Jornada Anual del Centro de Bioética Juan Pablo II, celebrada la ciudad de La Habana, en enero de 2006.