

DECISIONES ÉTICO CLÍNICAS EN TORNO A TRASPLANTES¹

DR. SERGIO CARVAJAL CABRERA²

Comité de Ética Asistencial y Unidad de Gastroenterología en Clínica Santa María.

El contenido de este artículo está dividido en tres partes: una breve introducción, la exposición y análisis de cuestiones éticas en cuatro situaciones clínicas referentes a la donación de órganos y algunos mensajes finales.

INTRODUCCIÓN

El campo de la bioética relacionada a la medicina de trasplantes es muy extenso y abarca aspectos de diversa índole. El propósito central de este artículo es exponer y estimular la reflexión sobre algunos interrogantes éticos que se presentan en ciertas situaciones clínicas relativas a la donación de órganos para trasplantes. Pero antes, es necesario referirse sucintamente a la relación entre la bioética y los trasplantes.

Existe una relación temporal entre la aparición y posterior consolidación de la medicina de trasplantes como una terapia efectiva y el nacimiento de la bioética como disciplina. Ambas tienen una corta historia, de 50 a 60 años, si se les compara con la larga historia de la medicina. Pero, aparte de esta relación temporal, también existe una relación causal en el sentido que la donación y trasplante de órganos corresponde a uno de los campos de avances técnicos médicos de la segunda mitad del siglo XX que modificaron radicalmente las posibilidades de acción y terapia de los médicos, permitiendo el alivio de enfermedades mortales y la prolongación de la vida en situaciones en las que hasta entonces era imposible. Estas circunstancias se señalan como una de las originarias en el nacimiento de la bioética, puesto que fue necesario plantearse la corrección moral, y no sólo técnica, de estas poderosas nuevas herramientas y su utilización en las personas. La bioética va surgiendo como una respuesta a la necesidad de fundamentar desde la ética qué es lo que se debe hacer, por contraste a lo que se puede hacer. Más específicamente, la donación y trasplante de órganos hizo aflorar conflictos inéditos, como por ejemplo la identidad humana o el mismo concepto de muerte (1).

Indica Diego Gracia que la bioética y los trasplantes de órganos han seguido una evolución paralela, pues los problemas que han ido apareciendo con la donación y trasplante coinciden con la propia evolución de los problemas que la bioética ha ido abordando y pretendiendo resolver (2). Cluzet y Cooley (3,4) llegan a afirmar

1 Ponencia presentada en el Panel: Donación de Órganos, del IX Seminario de Bioética "Transplante y donación de órganos". Academia Chilena de Medicina, 30 septiembre 2019.

2 Médico Gastroenterólogo. Centro de Bioética, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

que todo en los trasplantes se relaciona con la ética; citando la investigación en seres humanos, la comunicación con la familia del donante, el consentimiento informado y la autonomía del donante vivo, el procuramiento de órganos, el concepto de muerte y la muerte cerebral, los criterios de selección de receptores, las listas de espera y los resguardos de equidad, la relación costo/beneficio y la justa asignación de recursos públicos, la compra-venta y el mercado de órganos (3).

En general, la bioética puede responder a los problemas que le presenta la donación y trasplante de órganos desde diferentes aproximaciones, las que no son excluyentes sino complementarias. Cada una de ellas tendrá más o menos aplicación a un determinado problema o situación particular. Las principales de ellas son: principalismo, ética de la responsabilidad, ética del cuidado y ética de la virtud. Esta fuera del propósito de este artículo profundizar en cada una de ellas. Lo que sí es bueno resaltar es que una herramienta de alto valor que la bioética ha rescatado de la tradición ética, y promovido en su desarrollo para la ética clínica, es la deliberación moral, método que se aplica a la resolución concreta de problemas, basado en el análisis y deliberación sobre hechos, valores y deberes.

DECISIONES ÉTICO CLÍNICAS EN ALGUNAS SITUACIONES DE DONACIÓN DE ÓRGANOS

Del amplio abanico de posibilidades, se ha elegido cuatro situaciones de interés en las que el médico clínico se ve enfrentado a tomar decisiones que pueden ser conflictivas desde la perspectiva moral. Estas son: A) el clínico ante el paciente en lista de espera, B) decisiones en torno a la donación en muerte encefálica, C) el clínico ante el donante vivo y D) donante fallecido por eutanasia.

a. El clínico ante el paciente en lista de espera

Hoy existen en el país 2362 pacientes en lista de espera para recibir un trasplante de órgano sólido (5), la inmensa mayoría de los cuales espera un trasplante renal (2130 personas). Cada paciente que se encuentra en esas listas es una persona con sus propios problemas, con expectativas y esperanzas de un futuro mejor, ante las que el médico tratante tiene un conjunto de deberes y responsabilidades que cumplir, tanto en lo científico y técnico como en el plano humanista y moral de la medicina.

Respecto al paciente en lista de espera, el médico debe procurar una excelencia técnica, manteniendo sus conocimientos actualizados y tratando las afecciones del paciente de la mejor manera. Pero tan importante como aquello es que entienda al paciente como persona, que sea capaz de acompañarlo en su condición y apoyarlo en su espera, practicando la compasión, es decir, la virtud que implica entenderlo, ponerse en su lugar y avanzar con él. Puede decirse que esto no difiere de la labor del médico ante cualquier paciente, sin embargo el paciente en esta condición que analizamos es especialmente vulnerable y frágil, lo que impone al profesional una especial preocupación.

Se debe tener en cuenta que el paciente que está en lista de espera para trasplante forma parte de un conjunto de pacientes que comparten esa condición de estar enlistados y que todos merecen igualdad de oportunidades. Por ello el orden en la lista no es arbitrario sino que se establece por criterios validados y consensuados por los diferentes actores que corresponden de acuerdo al ordenamiento de cada país. Así, entonces, el médico clínico tiene el deber de actuar considerando estos hechos. Por ello es relevante el esmero que ponga en respetar valores y ejercer virtudes que vayan en la dirección de lograr actuar de la manera correcta, con prudencia, es decir, con decisiones que sean razonadas y razonables. Entre los valores y virtudes más importantes en el campo que estamos tratando se encuentran justicia y equidad, transparencia y honestidad, responsabilidad con el paciente, con los otros pacientes en la lista de espera y con la sociedad.

Hay dos cosas específicas que destacar: una es reconocer cuando ya el paciente se encuentra en condiciones tan desfavorables que es demasiado tarde para que el trasplante mejore su expectativa de vida con calidad de vida. Si el trasplante se efectúa de todas formas, se corre el importante riesgo de incurrir en futilidad terapéutica, con el daño que ello implica para el paciente y con el agravante de haber restado la opción a otro paciente en que el trasplante hubiera sido de real indicación. Por tanto, es un deber moral retirar la indicación de trasplante a una persona que está en la lista de espera cuando, de acuerdo a criterios científicos, se identifican condiciones clínicas que indican que ese trasplante ya no tendrá utilidad para la persona. El otro punto a destacar es que el clínico debe aportar los antecedentes más fieles posibles que reflejen la condición de su paciente, no tratando de buscar aquellos resultados que puedan hacerlo obtener un mejor lugar en la lista de espera para que sea trasplantado antes. La honestidad debe primar. Tal vez se puedan considerar en cierto modo ofensivos estos comentarios, pero Ballesté (6) señala que en Alemania se han destapado varios casos de alteración fraudulenta de exámenes por parte de profesionales para aventajar a sus pacientes.

b. Decisiones en torno a la donación en muerte encefálica

En este escenario son múltiples los problemas de éticos que se pueden analizar, y que involucran al equipo de salud, al donante antes de morir, a la familia y a la sociedad entera. Lo relativo a la muerte encefálica propiamente tal y su utilización como criterio de muerte de la persona escapa a la orientación de este artículo, que está centrado en aspectos de la donación.

Partiendo de algunas premisas se planteará una interrogante que es el desafío para los que participan en las decisiones de la donación en muerte encefálica. Las premisas son: i) la gran importancia que tiene la manifestación de voluntad de ser o no ser donante por parte de las personas a lo largo de sus vidas, la que se constituye en una verdadera “directriz anticipada” si es que llega a estar en la situación de hacerlo. ii) la familia es el agente real de decisión efectiva de la donación. Aunque exista una ley de donante presunto, como es actualmente en Chile, es impracticable realizar la extracción de órganos de un cadáver si la familia se opone. De allí la importancia

del acápite anterior, pues si la persona ha manifestado su deseo de ser donante, la familia tendrá una clara orientación para tomar la decisión si llega ese minuto. iii) es imperativo un tratamiento adecuado y proporcionado del paciente que se encuentra en un estado gravísimo y que puede evolucionar hacia la muerte encefálica, dentro de lo que cabe considerar ¿qué terapias están indicadas para su condición? y conjugar ello con la necesidad de mantener los órganos en buenas condiciones para poder ser obtenidos y trasplantados si esa es la decisión. iv) existe la necesidad de obtener órganos y, además, que estos cumplan con los estándares requeridos para ser útiles, lo que implica un manejo propio de una unidad de cuidados intensivos. El desafío es ¿cómo se respetan mejor los valores involucrados en la voluntad del paciente/familia, el tratamiento médico sin caer en la obstinación terapéutica y la obtención de órganos para trasplante?

Uno de los aspectos que resulta importante analizar en este contexto es la secuencia en que se tienen programadas las actuaciones, la entrega de información a la familia, la obtención de la voluntad de donación y las diferentes decisiones necesarias. En nuestro medio el flujo es el siguiente: detección del posible donante (definido como aquel paciente con daño neurológico grave, con puntaje de Glasgow menor o igual a 7 y con soporte ventilatorio y hemodinámico); aviso a la coordinación local de procuramiento, la que efectúa un seguimiento de ese paciente y lo ingresa al sistema integrado que existe a nivel nacional; el paciente se mantiene con apoyo intensivo; si evoluciona hacia la muerte encefálica, se certifica el fallecimiento y se mantienen las medidas de apoyo intensivo; el equipo tratante comunica a la familia la muerte del paciente, teniendo en cuenta que la normativa indica que no debe ser abordado el tema de la donación de órganos en esa conversación; posteriormente, la coordinación local de procuramiento es la encargada de conversar con la familia para conocer la voluntad de donación y la decisión efectiva de aquello; si la decisión es donar, se avisa a los organismos coordinadores y sigue la secuencia para procurar y trasplantar los órganos. Desde el punto de vista ético se produce un tiempo o zona gris, pues si se tiene un paciente con daño neurológico grave con probabilidad cierta de ir hacia muerte encefálica, sin posibilidades terapéuticas útiles y que no va a ser donante, lo correcto sería retirar el apoyo intensivo pues si éste se mantiene se estaría incurriendo, muy probablemente, en obstinación terapéutica, con todos los daños que implica. Por esto, parece muy razonable poder conocer la voluntad de donación cuando el paciente aún está en ese estado descrito, ya que la conducta debiera ser distinta en uno u otro caso. Si el paciente será donante, lo apropiado es mantener todo el apoyo intensivo con miras a preservar los órganos en buen estado para que la donación sea efectiva (cuando ocurra la muerte encefálica) y así respetar la dignidad de esa persona por intermedio de respetar su autonomía manifestada en el deseo de ser donante de órganos. Por el contrario, si el paciente no será donante, la situación clínica amerita el planteamiento de limitación del esfuerzo terapéutico, lo que respeta la dignidad de esa persona por medio de evitar la obstinación terapéutica con prolongación penosa del tiempo de vida.

Por lo expresado, es muy problemático no conocer la voluntad de donación en los días previos a la posible muerte encefálica, ya que se puede incurrir en un daño importante manteniendo viva a una persona que no tiene posibilidad de recuperación y que con posterioridad quede claro que su familia nunca estuvo dispuesta a la donación.

Una propuesta que soluciona este problema, teniendo muy en cuenta los componentes morales, es la que han hecho la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias junto a la Organización Nacional de Trasplantes de España (7). Se centra en el concepto de cuidados intensivos orientados a la donación de órganos (CIOD), que “se definen como el inicio o la continuación de cuidados intensivos en pacientes con daño cerebral catastrófico en los que se ha desestimado tratamiento con finalidad curativa por criterios de futilidad y que son considerados posibles donantes, con el objetivo de incorporar la opción de la donación de órganos en muerte encefálica como parte de sus cuidados al final de la vida”. La premisa de los CIOD es el respeto a la autonomía del paciente, lo que hace indispensable conocer su voluntad de donación, y si para esto es necesario preguntar a la familia debe efectuarse una entrevista con ella (una entrevista previa a la muerte) para conocer su opinión. Dicha “entrevista previa forma parte de un proceso continuo de comunicación en el que se integra la información sobre el diagnóstico, el pronóstico y las diferentes posibilidades de actuación”. Es muy importante que se establezca un plazo de aplicación de los CIOD, pues transcurridas 48 a 72 horas sin que se produzca la muerte encefálica usualmente se plantea el retiro de las medidas de apoyo intensivas. Los CIOD deben respetar la dignidad del paciente, valorando su voluntad de donación y procurando su confort y ausencia de sufrimiento. Es trascendente mantener una comunicación permanente con la familia con información comprensible. Por cierto, si existe voluntad previa de no donación, no se plantean los CIOD. Se puede comentar que esta propuesta trasparenta muy bien las intenciones de las acciones y terapias que se implementan en el paciente, pues todos los involucrados conocen los objetivos y han concordado en ellos teniendo como orientación central el respeto a la dignidad y autonomía de paciente. Así, en algunos casos se evitará incurrir en obstinación terapéutica y en los otros se podrán mantener las condiciones necesarias para que los órganos sigan en buenas condiciones.

c. El clínico ante el donante vivo

La donación de un riñón o de una fracción del hígado, por parte de una persona sana, para beneficiar a otra persona, que se encuentra gravemente enferma, es un acto de alto valor moral, que puede ser calificado de supererogatorio, es decir, aquello a lo que nadie está obligado. Usualmente está motivado por el amor, la solidaridad y el altruismo.

El médico y el equipo de trasplantes tienen como paciente al enfermo con insuficiencia renal o insuficiencia hepática, mientras que el futuro donante está sano; sin embargo, dada la naturaleza de todo el proceso necesario, se establece entre el médico y ese donante una relación enteramente similar a una relación médico-paciente, con responsabilidades y obligaciones por parte del médico y otras por parte del donante. La principal obligación del médico ante el donante vivo es asegurarse

que está ejerciendo realmente su autonomía, lo que, como se expone a continuación, comprende un conjunto de cuestiones. Otra obligación de alta importancia es tratar de evitar que el asunto se trate de una "pseudodonación", es decir, de la entrega de un órgano a cambio de alguna compensación económica. No se analizará aquí el comercio y compra-venta de órganos y todas sus implicancias.

Para que una acción sea autónoma se requiere de intencionalidad, entendimiento (conocimiento) y ausencia de influencias externas que puedan controlar a la persona que actúa (8). En el ámbito sanitario, esto se traduce en que para ejercer realmente la autonomía a través de un proceso de consentimiento informado es necesario que exista: a) información adecuada y comprensible para la persona, b) capacidad o competencia para entender, valorar, procesar la información y la situación y expresar una elección y c) voluntariedad, es decir ausencia de influencias externas que afecten la libertad de elegir. Tal como se señaló en el párrafo precedente, el médico tiene el deber de asegurar que para el donante vivo se den todas estas condiciones. Así entonces, el clínico ante el donante vivo tiene un conjunto de responsabilidades que cumplir. Entregar la información con tiempo suficiente y con un lenguaje comprensible, incluyendo, al menos, el real beneficio y expectativas de evolución del receptor, los riesgos de morbilidad de la intervención quirúrgica de extracción del riñón o parte del hígado, los riesgos para la salud en el largo plazo y la necesidad de controles. En segundo término, asegurarse que el donante tiene las capacidades cognitivas y emocionales apropiadas para tomar una decisión tan importante, para lo cual puede apoyarse en otros profesionales interconsultores o evaluadores. Finalmente, y tal vez lo más difícil, intentar detectar si están ocurriendo situaciones de coerción o manipulación para obtener la donación. En este punto, considerar que el donante puede estar siendo sometido a presiones indebidas por parte de la familia y aceptar la donación sin quererlo realmente; expresiones como "si no le donas se muere", "si se muere será culpa tuya", "es tu obligación", etc. pueden ejercer una tremenda influencia. Por esto es indispensable una conversación entre el médico y el donante a solas, muy franca y honesta, en la cual se confirme la motivación de la donación y se le transmita el mensaje que si no tiene el real deseo de donar su órgano no lo haga.

Roessler (9) agrega otros deberes aparte de los ya expuestos: evaluar acuciosamente al donante desde el punto de vista físico, buscar al equipo quirúrgico más experto, nunca abandonar al donante en el postoperatorio e insistir en la necesidad de controles periódicos a largo plazo.

d. Donante fallecido por eutanasia

Esta situación no se produce en nuestro país, puesto que en Chile la eutanasia no es permitida por el ordenamiento jurídico. Sin embargo, es un tema que no puede estar ajeno al debate académico, tanto por el desafío ético que presenta su análisis como por la posibilidad que en los próximos años exista una regulación para la eutanasia, ya que en el Congreso Nacional hay proyectos en este sentido. No hay que ir tan lejos geográficamente para encontrar países en que la eutanasia está permitida, ya que desde hace pocos años es así en Colombia.

La inclusión de este tema aquí no tiene por objeto analizarlo en profundidad, sino más bien llamar la atención sobre una situación especialmente delicada en el contexto de la donación de órganos que requiere atención desde ya, anteponiéndose a los eventuales hechos en nuestro medio y porque es una realidad en otras latitudes, como por ejemplo en los Países Bajos y Bélgica donde ya existe casuística suficiente como para publicar los resultados de trasplantes con donante fallecido por eutanasia (10).

El aceptar este tipo de donaciones de órganos implica un respeto total por la autonomía del paciente y por el derecho a disponer que hacer con su cuerpo una vez fallecido. En efecto, se trata de dos cosas diferentes, una es la solicitud y aceptación de la eutanasia y otra el poder disponer de los órganos una vez fallecido. Pero, incluso puede ir aún más allá, pues se ya se debate y analiza la posibilidad de que el paciente ya autorizado para recibir eutanasia sea llevado al pabellón y sus órganos sean extraídos mientras aún está vivo y que fallezca por la extracción de órganos (11). Esto se plantea como posible opción ya que la donación post eutanasia hasta ahora se ha llevado a cabo después de la detención de la actividad cardíaca, lo que impide que el corazón sea utilizado para trasplantarlo. Todo este capítulo requiere de un análisis exhaustivo y muy ponderado, en el que prime uno de los preceptos fundamentales de la bioética, cual es el respeto irrestricto a la dignidad humana.

ALGUNOS MENSAJES FINALES

Al finalizar es bueno entregar unos mensajes breves para que ojalá se recuerden y sirvan para destacar algunos puntos específicos importantes. 1) La medicina de trasplantes y la bioética van de la mano. 2) El campo de los trasplantes plantea problemas de alta trascendencia moral, que exigen una respuesta concreta ante el conjunto de la sociedad y ante cada paciente en particular. 3) Las decisiones deben ser prudentes, es decir, razonadas y razonables. 4) Se espera del clínico la excelencia técnica, el desarrollo de virtudes y el compromiso con la sociedad. 5) La donación en muerte encefálica debiera incluirse en el conjunto de los cuidados del final de la vida, respetando la autonomía. 6) Lo correcto es evitar la obstinación terapéutica en quienes no serán donantes y, a la vez, permitir obtener órganos en las mejores condiciones posibles en quienes sí serán donantes. 7) Hay que comprender el duelo de los familiares y no exigirles inapropiadamente. Mantener con ellos una comunicación permanente y de alta calidad. 8) En el caso del donante vivo el médico debe efectuar el mayor esfuerzo para que exprese realmente su autonomía.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado M, López Baroni MJ. Trasplantes. In: Casado M, López Baroni MJ, editors. Manual de bioética laica. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2018. p. 179–94.
2. Gracia D. Trasplante de órganos: medio siglo de reflexión ética. *Nefrología*. 2001;21(Suplemento 4):13–29.
3. Cluzet O. Trasplante de órganos sólidos: bases éticas de su estructuración. En: Beca JP, Astete C, editores. *Bioética Clínica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2012. p. 568–81.

4. Cooley DA, Fung JJ, Young JB, Starzl TE, Siegler M, Chen PW. Transplant innovation and ethical challenges: what have we learned? *Cleveland Clin J Med*. 2008;75(Supplement 6):S24–32.
5. Ministerio de Salud Chile. Estadísticas actuales Lista de espera [Internet]. [cited 2020 Jan 22]. Disponible en: <https://yodonovida.minsal.cl/statistics/public/show/6>
6. Ballesté C. Donación y trasplante de órganos y tejidos : ¿altruismo o negocio? In: Casado M, editor. *De la solidaridad al mercado El cuerpo humano y el comercio biotecnológico*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona; 2016. p. 235–47.
7. SEMICYUC y ONT G de trabajo. Cuidados intensivos orientados a la donación de órganos. Recomendaciones. Sociedad española de medicina intensiva, crítica y unidades coronarias (SEMICYUC) y Organización nacional de trasplantes (ONT). 2017.
8. Beauchamp TL, Childress JF. Respect for autonomy. In: Beauchamp TL, Childress JF, editors. *Principles of Biomedical ethics*. Fifth ed. New York: Oxford University Press; 2001. p. 57–112.
9. Roessler E. Mirada de la ética en la donación de órganos. En: Delucchi A, Pinto V, editores. *Historia del trasplante en Chile*. 2.ª edición. Santiago de Chile: Sociedad Chilena de Trasplante; 2017. p. 452–69.
10. Gilbo N, Jochmans I, Jacobs-Tulleneers-Thevissen D, Wolthuis A, Sainz-Barriga M, Pirenne J, et al. Survival of patients with liver transplants donated after euthanasia, circulatory death, or brain death at a single center in Belgium (letter). *Jama*. 2019;322(1):78–80.
11. Bollen JA, Shaw D, de Wert G, ten Hoopen R, Ysebaert D, van Heurn E, et al. Euthanasia through living organ donation: Ethical, legal, and medical challenges. *J Hear Lung Transpl*. 2019;38(2):111–3.