

LOS TRASPLANTES DE ÓRGANOS VITALES

MIGUEL SIGUÁN

1. Sobre el sujeto del trasplante.

Cuando un médico decide proponer a un paciente el trasplante de un órgano vital toma, en el estado actual de la medicina, una decisión extrema que en principio puede tener una doble justificación:

1.º El paciente está irremisiblemente condenado o tiene unas probabilidades mínimas de sobrevivir. El trasplante ofrece unas posibilidades de sobrevivencia que por pequeñas que sean son en todo caso mayores.

2.º Aunque las posibilidades de conservar la vida sean pequeñas, la operación es una experiencia que contribuye al progreso de la medicina y con ello ayuda a otros pacientes futuros.

A nadie se le oculta que esta segunda justificación plantea graves problemas morales nada fáciles de resolver. Desde HIPÓCRATES la medicina ha afirmado que para el médico la salud del enfermo es el bien supremo y por tanto que no se puede utilizar el individuo enfermo como medio para cualquier otro fin por alto que sea. Pero también es un hecho que la cirugía — y en cierta medida la medicina — han prosperado por experimentos arriesgados *in vivo*.

No voy a entrar en la discusión moral que aquí se plantea, porque el médico dispuesto a efectuar un trasplante con facilidad objetará:

Es cierto que las probabilidades de éxito son pequeñas. Pero hay que suponer que el enfermo obligado a escoger entre una muerte cierta y una mínima probabilidad de sobrevivencia elegirá la intervención. Y la elegiría incluso si supiese que la intervención tiene un carácter experimental y es propiamente un ensayo. Con lo cual volvemos a la primera de las justificaciones del trasplante: aumenta, aunque sea en pequeña proporción, la posibilidad de seguir viviendo.

Sin embargo, el problema no puede reducirse a un simple cálculo de probabilidades del tipo: en su estado actual sus probabilidades de sobrevivir son de un 5 por ciento, con el trasplante son del 10 por ciento, por tanto el trasplante está justificado.

El proponerle a un enfermo grave un trasplante de órganos vitales equivale a declararle — a él y a sus familiares — que está en peligro de muerte y que sólo una intervención heroica puede ayudarle. Esta declaración representa un shock psicológico grave y la manera como reaccione ante él

influirá considerablemente en su estado. Puede hablarse por tanto de la necesidad de una preparación psicológica al trasplante. Más todavía, puede decirse que el médico ha de tener en cuenta no sólo las reacciones orgánicas sino las psíquicas del paciente para decidir la viabilidad del trasplante.

Pero hay algo más importante todavía. En el estado actual de las técnicas quirúrgicas un trasplante—de corazón o de riñón—no es una operación curativa, sino simplemente paliativa. Si el enfermo sobrevive a la intervención le espera un tiempo de vida precaria, con amenazas continuas de complicaciones fatales e incluso cuando estas amenazas al menos aparentemente han desaparecido, una vida extraordinariamente reducida. El individuo trasplantado, al menos en el estado actual de la medicina, es por el resto de su vida un inválido más o menos grave. Y para sus familiares una preocupación y una carga.

Por supuesto el ansia de vivir por parte del enfermo y el amor al enfermo por parte de los familiares pueden sobreponerse a todas las situaciones. Pero también puede ocurrir lo contrario, el cansancio de los familiares y la desesperación del enfermo, reacciones ambas que repercutirán desfavorablemente sobre su estado incluso físico.

Naturalmente esto no condena los trasplantes en general como no condena cualquier terapéutica paliativa. Pero sí significa que la propuesta de trasplante no puede basarse sólo en un cálculo matemático de probabilidades de sobrevivir a la operación. La aceptación sólo es real si el paciente y los familiares se dan cuenta de alguna manera de la forma de vida que les espera. Y el médico que no puede limitar sus criterios de éxito a la sobrevivencia a la operación, ha de anticipar este futuro y tomarlo en cuenta en su consejo sobre la donación de órganos.

La donación por parte de un sujeto vivo y en plena posesión de sus facultades sólo puede ocurrir y ocurre en el caso de órganos dobles como los riñones. Parece que la extirpación de un riñón a un individuo sano no disminuye sensiblemente sus expectativas de vida, se puede vivir perfectamente con un solo riñón. Médicamente por tanto el trasplante, desde el punto de vista del dador, no ofrece mayores problemas.

Y, sin embargo, la consideración médica de la cuestión, como lo demuestra el que nos parezca evidente la necesidad de contar con el consentimiento del donante, si alguien propusiese que en el caso de un enfermo grave que necesita un riñón ajeno podría acudir a extirpar un riñón de un asilado en un hospital psiquiátrico, teniendo en cuenta que no se le produce un perjuicio grave, consideraríamos la propuesta reprobable e indigna.

Tampoco nos parece aceptable lo que alguna vez se ha propuesto y practicado. Un padre de dos niños de corta edad autorizando la extirpación de un riñón a uno de ellos para salvar al otro.

Nadie tiene derecho a disponer del cuerpo ajeno mientras este cuerpo sigue integrado en una vida personal. Pero aparte del sentido moral de esta afirmación ya desde mi propia perspectiva quiero hacer notar sus implicaciones psicológicas. Y para ello basta pensar en el niño sujeto de esta extirpación cuando pasan los años y tratar de imaginar la complicación

de sus relaciones afectivas con el padre que le mutiló, con el hermano, si es que vive, que se aprovechó de su mutilación e incluso con las demás personas—su mujer—con las que ha de entrar en relaciones personales. ¿Llegará nunca a aceptar plenamente lo ocurrido?

La entrega—el sacrificio—de un órgano supone la aceptación consciente y responsable y por tanto una personalidad adulta. Pero la posibilidad de la donación se plantea generalmente en un clima de tensión emotiva, de drama familiar colectivo, que no es el más adecuado para una decisión responsable.

El médico, por tanto, no puede quedar satisfecho con el ofrecimiento de un dador, ha de asegurarse de hasta qué punto es consciente de su acto y es capaz de hacerse responsable por sus actitudes futuras.

Cuando lo que pretende trasplantar es un órgano vital único, el dador sólo puede ser un cadáver incapaz por principio de decidir, o un moribundo en fase terminal, igualmente incapaz de tomar decisiones. El consentimiento hay que buscarlo entonces en los familiares.

Ya sé que este derecho familiar es harto discutible y que desde una perspectiva filosófica el cadáver seguramente no es nada. Pero tampoco es posible negar que en nuestra experiencia, mientras el cadáver mantiene su forma externa sugiere la presencia de la persona que fue, y cualquier ataque a esta forma es sentida como una profanación. Mucho más si es el cadáver de una persona querida. Hay que admitir entonces y comprender que en general la familia será reacia a conceder la oportuna autorización y que el argumento de ayudar a un desconocido no bastará para arrastrar su adhesión. Tanto más cuanto la familia no constituye una unidad de criterio sino un conjunto de individuos y que el miedo a provocar en alguno de ellos una reacción adversa basta para paralizar una decisión.

Por supuesto es posible negar estos derechos de la familia promulgando disposiciones que establezcan la utilización social de los cadáveres. O, con independencia de cualquier disposición legal, es posible, en cada caso particular, ignorar este derecho precipitando el trasplante antes de que el cadáver pueda ser reclamado o, en otros casos, forzar el consentimiento de la familia utilizando una especie de coacción moral.

Cualquiera de estas formas de proceder puede justificarse con razones muy sólidas, la pretensión de salvar una vida y la necesidad de actuar rápidamente. Es sabido que para que el trasplante tenga algunas posibilidades de éxito la extracción ha de hacerse pocos minutos después del fallecimiento. La posibilidad de disponer de un órgano utilizable puede presentarse bruscamente y el margen de tiempo para la extracción después del fallecimiento cuenta por minutos. En estas condiciones la gestión cerca de la familia es una auténtica pérdida de tiempo que puede comprometer o condenar el éxito de la intervención.

Frente a estas razones tan importantes hay que afirmar, sin embargo, que cualquier intento de negar o de olvidar sistemáticamente los derechos o los sentimientos de los familiares conducirá a reacciones negativas de la opinión pública—fácilmente explotables en procesos legales sensacionalistas una vez haya pasado el momento de curiosidad y admiración que hoy

producen — con lo que la actuación de los cirujanos se complicaría notablemente en un clima de recelo.

Es cierto que en la actualidad existe ya un uso social de los cadáveres necesarios para la investigación y la enseñanza de la medicina sin que sepamos exactamente — y aquí hablo como público — de dónde proceden estos cadáveres, sospechamos que la vaguedad de los textos legales y una cierta taxitud administrativa permite destinar a este fin los cadáveres de los fallecidos en establecimientos de asistencia pública. Podría aprovecharse la actualidad de los trasplantes para promulgar disposiciones que acaben con esta vaguedad y que afirmen la libre disposición por la sociedad de ciertos cadáveres, libre disposición que incluiría tanto la disección como la extirpación de órganos destinados al trasplante.

Es cierto que la “utilización social de los cadáveres” parece casar bien con la mentalidad socializante de nuestro tiempo. Pero adviértase que se trata de la utilización social de ciertos cadáveres, los de los indigentes, los que nadie reclama. ¿Es concebible establecer en un texto legal una “discriminación social” entre cadáveres?

Más viable parece proponer la autorización de la extracción de órganos siempre que exista una exigencia legal de la autopsia — accidentes, crímenes, muertes por causas no aclaradas —. En este caso el argumento de la “profanación” del cadáver, usado por los familiares en contra de la extirpación, parece que perdería mucha fuerza. Pero tampoco es seguro que una disposición legal en este sentido fuese favorablemente acogida. Y en un estado de derecho para promulgar una ley hay que contar de alguna manera con el asentimiento de la población.

Hemos de volver por tanto al punto de partida. En la medida en que reconocemos algún derecho de los familiares sobre el destino del cadáver, la autorización más clara y menos problemática es la expresada anticipadamente por el propio sujeto cuyo cadáver se pretende utilizar. Es también la más fácil de dar, pues psicológicamente es menos complicado disponer del propio cadáver que del de un familiar íntimo. Y es también la donación más limpia pues sólo responde a la solidaridad humana y no hay posibilidad de que se contagie con otras consideraciones.

Para que estas donaciones anticipadas tuviesen eficacia práctica deberían por supuesto ser muy abundantes, pues sólo una pequeña proporción podrá de hecho aprovecharse. Pero pensar en una corriente de opinión, en una corriente de solidaridad en este sentido no es una utopía. En España, entre nosotros, existen ya numerosas personas que han legado sus córneas para que una vez fallecidas puedan ser utilizadas en trasplantes oculares.

Es cierto que los trasplantes de córnea constituyen un caso particular. La córnea puede utilizarse cualquiera que sea la edad del difunto y la donación puede hacerse por tanto en cualquier edad. Otros órganos en cambio, más esenciales para la vida que la córnea y que envejecen más pronto — así el corazón — sólo pueden ser aprovechados si proceden de jóvenes. Sólo es posible donarlos por tanto en plena juventud. Pero la generosidad es precisamente virtud juvenil.

2. La declaración de muerte

La resistencia de los familiares a autorizar el trasplante de un órgano de un familiar difunto, autorización que para que tenga eficacia práctica ha de concederse antes del fallecimiento, responde como he dicho a una impresión de irreverencia, pero puede también expresar la sospecha de que una vez otorgada la autorización los médicos ya no tendrán tanto interés en prolongar la vida del moribundo interesados como están en declararlo difunto y poder utilizarlo.

Dicho en forma brutal, la sospecha del familiar es que al autorizar el trasplante autoriza al médico a "dejar morir" al paciente renunciando quizás a métodos extraordinarios que podrían al menos prolongar su vida.

La sospecha así expresada es absurda. Ningún médico digno de este nombre procedería así. Pero no sería realista desconocer la facilidad con que surge esta sospecha, incluso la forzosidad de que surja dado que en estos casos delicados el cirujano, como la mujer del César, no sólo ha de ser honrado sino que ha de parecerlo. Debe consagrarse la práctica seguida en muchos hospitales de que sean equipos distintos e independientes de médicos los que atienden el moribundo y certifican su defunción y los que practican el trasplante.

Pero el problema es mucho más complicado porque los avances de la medicina han oscurecido considerablemente la determinación del momento de la muerte. Tradicionalmente y desde siempre este momento se ha identificado con la cesación de la circulación y de la respiración. Pero hoy conocemos muchas maneras de volver a ponerlos en marcha e incluso de mantenerlos artificialmente. ¿Cuándo podemos decir que el individuo ha muerto de verdad?

En principio no es difícil enunciar la respuesta correcta. El funcionamiento del organismo se detiene y se descompone progresivamente. El individuo puede haber acabado como tal y ciertas partes: órganos o células, seguir en actividad. En un cadáver las uñas o el pelo pueden seguir creciendo durante un tiempo. El individuo acaba realmente cuando se detienen en forma irreversible sus mecanismos de integración. Y estos mecanismos en el hombre no son el corazón ni la respiración sino el sistema nervioso. Es cuando su cerebro se detiene en forma irreversible que el hombre propiamente fallece. Dado que actualmente disponemos de técnicas que detectan la actividad cerebral—en primer lugar el electroencefalograma— parece perfectamente lógico utilizarlos para diagnosticar la muerte, deduciendo del "encefalograma plano" el "silencio cerebral".

Claro que es posible objetar que una cosa es la actividad cerebral y otra su registro por un aparato. El aparato puede fallar o puede ser sustituido mañana por otro más perfeccionado que registre alguna actividad cuando el electroencefalograma actual queda en silencio. Pero lo único que se deduce es la conveniencia de no jugarlo todo a una carta y de añadir la falta de circulación cerebral a la falta de actividad eléctrica para diagnosticar el fallecimiento.

Pero para el tema que estamos tratando hay un hecho mucho más importante que éste de la dificultad del diagnóstico de muerte. Se trata de que las técnicas modernas de sobrevivencia y reanimación no sólo permiten reanimar un "muerto aparente" (en el que la circulación y la respiración han cesado pero no la actividad cerebral) sino que permiten incluso mantener la respiración y la circulación cuando el cerebro ya ha dejado de funcionar. Se trata, por supuesto, de un sostenimiento artificial—el estímulo para los movimientos del corazón o de los pulmones procede de un factor extraño—fármaco, máquina externa, etc. Puede decirse, por tanto, con toda propiedad, que el individuo ya ha muerto aunque algunas de sus partes sigan moviéndose artificialmente. Pero como estas partes—circulación, respiración—son las que tradicionalmente asociamos con la vida, el individuo aparentemente sigue viviendo.

Este esfuerzo por mantener una apariencia de vida se produce casi involuntariamente siempre que alrededor de un moribundo hay unas personas empeñadas—como es lógico y comprensible—en mantener su vida hasta el límite de lo posible y disponen de los recursos técnicos hoy existentes.

Pero en el caso de un moribundo sujeto posible de un trasplante, una situación como la descrita se hace mucho más ambigua. El médico que ha hecho todo lo posible por mantener la vida del moribundo, a partir de cierto momento puede saber no sólo que el paciente está irremisiblemente destinado a morir, sino que de hecho ya ha muerto porque su actividad cerebral ha cesado. Y sigue, sin embargo, manteniendo artificialmente la circulación y la respiración no para sostener una apariencia de vida, sino para conservar el órgano que pretende trasplantar. Para decirlo en forma gráfica y brutal, en vez de extirpar inmediatamente el órgano que quiere trasplantar, corazón por ejemplo, y guardarlo en un frigorífico hasta el momento del trasplante, lo mantiene en el organismo ya difunto como en un recipiente privilegiado que permite no sólo conservar el corazón sino conservarlo en funcionamiento.

Tal operación se hace naturalmente para efectuar el trasplante en mejores condiciones. Tanto el receptor como el cirujano resultan beneficiados por ello y puede decirse que están interesados por ella. (Aparte de que el trasplantado probablemente no lo conocerá nunca.) En cuanto al cadáver ya hemos dicho que no tiene derechos.

Pero ¿cómo afecta esta operación a los familiares del moribundo y a su actitud ante el posible trasplante? Yo creo que la respuesta es clara: en la medida en que la conozcan—porque la vean o simplemente porque la imaginen o la sospechen—aumenta su resistencia a autorizar el trasplante.

El empeño por prolongar la vida por todos los medios es siempre un espectáculo angustioso que mezcla en la conciencia la obligación de esperar y luchar contra toda esperanza con la sospecha de procurar un sufrimiento gratuito. Pero si la justificación no es la ilusión ingenua de prolongar la vida del sujeto de la manipulación sino el utilizarle como medio para otro fin, entonces para el espectador sentimentalmente implicado—familiar o amigo—la experiencia se convierte fácilmente en intolerable.

Y no vale decir que el familiar o el amigo normalmente no estarán presentes en la preparación de un trasplante. Aquí no basta el aforismo "ojos que no ven corazón que no siente". Lo que hay que preguntar es si la autorización para extirpar un órgano incluye la autorización para prolongar artificialmente la vida. Y a mi juicio la respuesta es clara, esto sólo es así si el que da la autorización está convencido de que la muerte cerebral es la verdadera muerte y que un organismo con el cerebro parado y el corazón funcionando es realmente un cadáver. Pero este convencimiento hoy día supone unos conocimientos médicos ajenos a la mayoría de la población.

Y con esto llego al término de estas reflexiones. Creo que, dado que existe la realidad de los trasplantes, deberían existir también regulaciones legales que aclarasen la situación al menos en algunos puntos básicos.

Tal regulación sería beneficiosa, en primer lugar para los propios médicos, que se moverían así en un terreno menos resbaladizo.

Pero no creo que la legislación deba entenderse como destinada exclusivamente a facilitar los trasplantes y a proteger la responsabilidad de los cirujanos más audaces. He indicado ya que cualquier intento de prescindir de los derechos o de los sentimientos de los familiares y en general del consenso público corre el riesgo de provocar reacciones adversas y de alimentar un clima de desconfianza que en definitiva perjudica a la propia cirugía.

Tal reacción es completamente comprensible simplemente teniendo en cuenta que los adelantos técnicos en el campo de la medicina, y en general de la biología, están disolviendo las ideas tradicionales sobre algo tan básico en nuestra existencia como son la imagen de la vida y de la muerte.

Es evidente que estas imágenes están cambiando—no estamos seguros si para bien o para mal—pero en todo caso es evidente que este cambio ha de ser lento y ha de producir convulsiones dolorosas.

Y no olvidemos, para no desorbitar el tema que concretamente nos ocupa, que si esta evolución parece irreversible y que la manipulación de la vida irá en ascenso, quizás el papel de los trasplantes en esta evolución no sea tan importante. Quizá dentro de unos años nuevos y espectaculares progresos de la medicina harán aparecer los trasplantes de corazón como ensayos ingeniosos pero toscos y en definitiva superados.