

Aproximación ética al diagnóstico de muerte bajo criterios neurológicos y cardiocirculatorios. Reflexiones sobre el posicionamiento de la Iglesia Católica sobre la donación de órganos para trasplante

JOSE MARÍA DOMÍNGUEZ-ROLDÁN¹, JUSTO AZNAR²

¹ Department of Intensive Care Medicine, Hospital Universitario "Virgen del Rocío", Seville, Spain

² Institute of Life Sciences, Catholic University of Valencia, Spain

Corrispondenza: Justo Aznar, Institute of Life Sciences, Catholic University of Valencia, Guillem de Castro 94, 46003, Valencia, Spain, e-mail: justo.aznar@ucv.es

Ricevuto il 7 marzo 2016; Accettato il 27 febbraio 2017

RESUMEN

El diagnóstico de muerte del ser humano tiene dimensiones antropológicas, médicas, religiosas, legales, y culturales. No obstante corresponde a los médicos establecer los criterios de muerte del individuo y precisar el momento en que la muerte se ha producido.

La donación de órganos para trasplante provenientes de personas fallecidas debe realizarse lo antes posible a fin de preservar la viabilidad de los órganos. Los criterios para establecer la muerte basándose en aspectos neurológicos nacieron simultáneamente al desarrollo de la trasplantología. La creciente demanda de órganos para trasplante ha dado paso a que la muerte se establezca por criterios cardiocirculatorios. En relación con ello, se revisan aspectos clínicos sobre el tiempo necesario que debe transcurrir desde el comienzo de la parada circulatoria hasta el establecimiento definitivo de la muerte (que actualmente es muy variable en los distintos países), así como los aspectos éticos que pudieran conllevar el hecho de que dichos pacientes van a ser donantes de órganos y la potencial influencia que podría tener en el manejo de los pacientes antes de su fallecimiento. También se lleva a cabo una valoración de la doctrina de la Iglesia Católica, no sólo sobre la donación de órganos para trasplante, sino también sobre los aspectos que la dignidad en el proceso de la muerte de la persona debe conllevar.

ABSTRACT

Ethical approach to the diagnosis of death under neurological and cardiocirculatory criteria. Reflections on the position of the Catholic Church on the donation of organs for transplantation.

The diagnosis of death in humans has anthropological, medical, religious, legal and cultural dimensions. Nevertheless, it falls to clinicians to establish the criteria for death of the individual, and to determine the time at which death occurred.

Donation of organs for transplantation from deceased persons should be done as soon as possible, in order to preserve organ viability. The criteria for establishing death based on neurological aspects originated in parallel with the development of transplantology. The growing demand for organs for transplantation has given way to the establishment of death based on cardiocirculatory criteria. In relation thereto, we review the clinical aspects of the time that must elapse from the beginning of circulatory arrest until the definitive establishment of death (which presently varies greatly among different countries). We also examine the ethical aspects that might be entailed in the fact that said patients will be organ donors, and the potential effect that this might have on management of patients before their death. We make an assessment of the doctrine of the Catholic Church, not only with respect to organ donation for transplantation, but to aspects that dignity in the process of dying must encompass.

Palabras clave: muerte encefálica, muerte bajo criterios cardiocirculatorios, donante a corazón parado, donación de órganos, aspectos éticos.

Keywords: brain death, death by cardiocirculatory criteria, non-beating heart donor, organ donation, ethical aspects.

1. Introducción

No es infrecuente escuchar interpretaciones, no siempre bien fundamentadas, sobre el posicionamiento de la Iglesia Católica en relación a la donación de órganos para trasplantes. En ocasiones se escucha, o incluso se difunde en los medios de comunicación, que la Iglesia Católica es un obstáculo para la donación de órganos para trasplantes. Probablemente ese derecho a la libre interpretación del posicionamiento de la Iglesia Católica se asocia a un desconocimiento no solo de las bases históricas del nacimiento de la trasplantología sino también de los manifiestos públicos realizados por la iglesia respecto a la misma. Plantear que la Iglesia Católica supone un obstáculo para el diagnóstico de la muerte basado en criterios neurológicos o para el establecimiento de medidas de limitación del esfuerzo terapéutico como buena práctica clínica, supone ignorar los contenidos de los documentos y declaraciones que la Iglesia Católica ha realizado en los últimos años en relación a al trasplante de órganos y tejidos en seres humanos. La Iglesia no permanece impasible ante los cambios en las técnicas de procuramiento de órganos que se han desarrollado en los últimos años. El apoyo de la Iglesia a la extracción de órganos en donantes en muerte encefálica surge de un profundo análisis de factores clínicos y éticos que inciden en este tipo de donación. El posterior desarrollo de técnicas de extracción de órganos en donantes en asistolia, ha abierto un nuevo campo de discusión de diversos aspectos éticos y morales aun no resueltos.

2. Doctrina de la Iglesia Católica en relación a la muerte encefálica y el trasplante de órganos

Fue en 1957, durante el Congreso de la Sociedad Italiana de Anestesiología, cuando el Papa Pio XII manifestó en un discurso dirigido a los participantes en dicho Congreso: «Corresponde a los médicos dar una definición clara y precisa de la muerte y del momento en que se ha producido la muerte de aquellos pacientes que fallecen en un estado de inconsciencia» [1]. En dicho discurso, el Papa Pío XII instaba a los médicos a que establecieran criterios de muerte basados en criterios neurológicos, dado que, con el desarrollo de las técnicas de reanimación cardiopulmonar y de ventilación mecánica artificial, en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCIs) existían pacientes con profundos daños neurológicos que, de acuerdo a criterios clínicos e instrumentales, podían considerarse en situación irreversible y terminal. Previamente, en 1956 ya habían sido publicados los primeros casos de pacientes ingresados en UCI, y ventilados artificialmente, en los que se detectaba un cese completo de la circulación cerebral, lo que hacía sospechar la imposibilidad de actividad cerebral en estos pacientes [2] aunque este fenómeno clínico no fue asociado a la muerte de la persona.

El Papa Pio XII puso de relieve la importancia que tienen los médicos en la determinación de la muerte, y enfatizó en relación a los casos en los que existan dudas en relación al momento de la muerte: «En caso de duda insoluble, se puede recurrir a las presunciones de derecho y de

hecho. En general, será necesario suponer que la vida continua, porque la vida es un derecho fundamental recibido del Creador, y para demostrar la muerte es necesario demostrar con certeza que la vida se ha perdido».

El llamamiento del Papa Pio XII para establecer nuevos criterios de muerte fue realizado incluso antes de que aparecieran las primeras publicaciones científicas que hacían referencia a situaciones clínicas de daño neurológico avanzado en pacientes conectados a ventilación mecánica, como el coma sobrepasado o coma depasse [3-4], que no fueron publicadas en la literatura médica hasta el año 1959. Nadie hasta entonces había establecido criterios clínicos para diagnosticar la muerte de los pacientes bajo criterios neurológicos, ya que hasta entonces solamente se habían empleado los clásicos criterios cardiocirculatorios.

Pasaron más de 10 años desde el discurso del Papa hasta que un Comité de la “Harvard Medical School”, dirigido por el profesor Henry Beecher, definiera los primeros criterios para el establecimiento de la muerte de la persona basándose en criterios neurológicos y que fueron publicados en la revista JAMA en agosto de 1968 [5]. En dicho artículo se especificaban algunas de las motivaciones que llevaron a desarrollar ese consenso. Una de ellas era evitar la futilidad terapéutica en pacientes con daño neurológico irreversible ingresados en UCIs, y otra, tal como también explícitamente se manifiesta en el artículo publicado, la posibilidad de que algunos de estos pacientes, que cumplirían criterios de muerte encefálica global, pudieran convertirse en donantes de

órganos. No debe olvidarse que pocos meses antes, en diciembre de 1967 se había realizado el primer trasplante de corazón en el mundo [5]. Hay que resaltar que el mencionado artículo de la “Harvard Medical School” presentaba como principal elemento desencadenante del consenso sobre muerte encefálica, el contenido del discurso que el Papa Pío XII había realizado años antes [1] y como única referencia bibliográfica incluida en ese artículo fue el mencionado discurso del Papa Pío XII [1]. Evidencias como las mencionadas son una clara prueba de la actitud de la Iglesia Católica respecto a la muerte encefálica, la donación de órganos o la correcta práctica clínica en pacientes en situación al final de la vida.

El apoyo de la Iglesia Católica a la donación de órganos no solamente se mostró en los periodos iniciales del trasplante de órganos, sino que se ha seguido manifestando a lo largo de los años. Este soporte ha abarcado, tanto actividades de promoción de la donación de órganos en colectivos católicos de pequeño tamaño (actos organizados por comunidades de creyentes, parroquias, etc. en apoyo de la donación de órganos), como a través de las manifestaciones realizadas por los Papas, como lo manifestado por Juan Pablo II: «El Evangelio de la vida es para ser celebrado sobre todo en la vida cotidiana, que se debe llenar con amor entrega a los demás. Más allá de esos momentos excepcionales, existe un heroísmo cotidiano, de gestos de compartir, grandes o pequeños, que construye una auténtica cultura de la vida. Un ejemplo particularmente loable de estos

gestos es la donación de órganos, realizada de una manera éticamente aceptable, con el fin de ofrecer una oportunidad de salud y de vida a los enfermos que a veces no tienen otra esperanza (Evangelium Vitae, N° 86, énfasis original)» o el manifiesto sobre la donación de órganos y trasplantes realizada por el Papa Benedicto XVI [6].

El apoyo explícito de la Iglesia Católica a la donación de órganos provenientes de fallecidos en estado de muerte encefálica ha sido reforzado recientemente con el documento elaborado a iniciativa de la Academia Pontificia de las Ciencias, titulado *Porqué el concepto de muerte cerebral es válido como definición de muerte* [7], en el que se afirma: «la muerte cerebral es la muerte de la persona», y «la mayor parte de los argumentos en contra del criterio de muerte cerebral no son sostenibles y constituyen desviaciones incorrectas si se los examina desde una perspectiva neurológica». No obstante, la Iglesia Católica pone énfasis en el hecho de que deben tomarse todas las precauciones para impedir que otros intereses puedan condicionar el diagnóstico de muerte, e igualmente que los parámetros de muerte cerebral no deben ser entendidos ni usados como una definición alternativa de la muerte de la persona [8]. Para que una donación post mortem pueda ser moralmente aceptable, deben existir pruebas evidentes de que la muerte se ha producido. La Iglesia Católica insiste en el hecho de que en la donación de órganos de donantes en muerte encefálica: 1. Debe evitarse la extracción de órganos vitales de las personas vivas, 2. Debe impedirse un diagnós-

tico falso de muerte en personas inconscientes, en estado vegetativo permanente, etc...y 3. Debe evitarse la extracción de órganos en pacientes con severas discapacidades neurológicas.

Para soslayar estos peligros, la Iglesia aconseja que antes de realizar una donación de órganos para trasplantes, se cumplan las siguiente condiciones: 1. el donante debe estar en situación de muerte comprobada, y reunir además, los requisitos legales para la muerte; 2. el donante fallecido debe haber expresado su voluntad de donar con antelación, (consentimiento informado). En ausencia de consentimiento previo del donante, es admisible el consentimiento del pariente más próximo, siempre que el fallecido no hubiese manifestado con anterioridad su oposición a la donación y 3. el cuerpo del donante debe ser tratado con el mismo respeto con el que lo era antes de la muerte. El catecismo de la Iglesia (cf. Compendio del catecismo de la Iglesia católica, n. 476) explicita que «El trasplante de órganos es moralmente aceptable con el consentimiento del donante y sin riesgos excesivos para él» (esta última aseveración referida a la donación de donante vivo) . También, y en relación a la donación de órganos de donantes fallecidos, el catecismo es explícito, aunque resalta la relevancia de evidenciar la muerte: «Para el noble acto de la donación de órganos después de la muerte, hay que contar con la plena certeza de la muerte real del donante». Es por ello, que en el ámbito de la constatación de la muerte del donante, no puede existir la mínima sospecha de duda, y cuando no se haya alcanzado la completa certeza de

la muerte, debe prevalecer el principio de precaución y, en consecuencia, no establecer el diagnóstico de muerte.

Una evidencia más de la relevancia que la opinión positiva de la Iglesia tiene en la donación de órganos para trasplante, y reconociendo que existen muchos factores (sociales, sanitarios, económicos, de justicia social, etc...) [9] que influyen en la donación, es el hecho de que en la mayoría de los países del mundo con una tasa elevada de donación de órganos para trasplantes la tasa de población católica es muy elevada [10], como por ejemplo a España, Francia, Italia, Portugal, Austria [11], o Estados Unidos.

3. La muerte por criterios cardiocirculatorios como criterio de muerte para la donación de órganos

El desarrollo del trasplante de órganos, alcanzó los mayores niveles de actividad tras la difusión de los criterios de muerte encefálica, no obstante, los primeros trasplantes de órganos provenientes de cadáver, lo fueron tras la extracción de órganos en personas fallecidas en parada cardíaca. Así, por ejemplo, el primer trasplante de corazón realizado en el mundo, por el doctor Cristian Barnard, se realizó con el corazón de una paciente que había fallecido en parada cardíaca. Dado que actualmente las listas de espera para trasplante siguen creciendo, y que el número de donantes de órganos en muerte encefálica es insuficiente para subvenir las necesidades de órganos para trasplante, la donación de órganos de do-

nantes a corazón parado se ha convertido en una forma de donación que ha tomado impulso en los últimos años.

Actualmente, en la literatura médica los donantes a corazón parado (Non Heart Beating Donors, o Donors after Cardiac Death) se enmarcan en diversos contextos clínicos que han sido agrupados mediante la Clasificación de Maastricht. De acuerdo a la misma, existen varios tipos de donantes a corazón parado:

Tipo I: Se trata de pacientes que han sufrido un paro circulatorio extrahospitalario, y cuya reanimación ha resultado infructuosa, estableciéndose el diagnóstico de muerte antes de la llegada al hospital

Tipo II: Incluye pacientes que sufren una parada cardíaca y son sometidos a maniobras de reanimación que resultan no exitosas. En esta categoría se diferencian dos subcategorías:

II.a. Parada cardíaca extrahospitalaria
La parada cardíaca ocurre en el ámbito extrahospitalario y es atendida por el servicio de emergencias extrahospitalario, quien traslada al paciente al hospital con maniobras de cardio-compresión y soporte ventilatorio.

II.b. Parada cardíaca intrahospitalaria
La parada cardíaca ocurre en el ámbito intrahospitalario, siendo presenciada por el personal sanitario, con inicio inmediato de maniobras de reanimación.

Tipo III: Incluye pacientes a los que se aplica limitación del tratamiento de soporte vital tras la decisión del equipo sanitario y la información por parte de este a los familiares o representantes del enfermo. Algunos de estos pacientes se encuentran en una situación neurológica

no recuperable debida a una lesión cerebral (a causa de un traumatismo craneoencefálico, una hemorragia cerebral, etc.).

Este grupo incluye también pacientes en los que se han producido un rechazo al tratamiento por parte del paciente, como por ejemplo el rechazo a la ventilación mecánica en personas con enfermedades neurodegenerativas, lesiones medulares cervicales altas, etc. Estos pacientes presentan un nivel de conciencia normal, y no se instaura (o se retira) una terapéutica, como por ejemplo la ventilación mecánica artificial, a solicitud del paciente.

Donantes tipo IV: Esta categoría incluye pacientes que han fallecido a causa de muerte cerebral, pero en el proceso de espera hasta la extracción de órganos han sufrido una parada cardíaca.

A pesar de que hace más de dos décadas que la donación a corazón parado comenzó en Europa, existen aún controversias clínicas y éticas en relación a este tipo de donación de órganos que no han sido resueltas [12]. Dichas controversias se centran fundamentalmente en cinco puntos:

1. La certeza de la muerte del paciente sobre todo en relación a cuánto tiempo debe transcurrir desde el momento de la parada cardíaca hasta confirmación de la muerte,

2. El hecho de que la donación al corazón parado en pacientes con parada extrahospitalaria condicione el tipo de asistencia extrahospitalaria que se preste al paciente y sobre todo el centro hospitalario al que se traslade el mismo

3. En el caso donantes Maastricht tipo III, el hecho de que determinadas ac-

tuaciones relativas a la limitación del esfuerzo terapéutico, el establecimiento del pronóstico de los pacientes neurológicos, etcétera, pueda estar mediatizada por la posibilidad de la ulterior donación de órganos

4. El hecho de que determinadas actuaciones sobre el cuerpo del paciente (colocación de catéteres vasculares, realización de técnicas de oxigenación y circulación sanguínea extracorpórea, etc...) atenten contra la dignidad corporal de la persona y

5. La incompatibilidad moral que pueda existir entre un proceso digno de muerte en paz, rodeados de familiares y medidas de confort, en comparación con la muerte en quirófano (o salas anejas), rodeado de personal sanitario, esperando el cese cardíaco para realizar maniobras de canulación vascular, perfusión de órganos etc.

El hecho de que la extracción de órganos para trasplantes deba realizarse en el menor tiempo posible tras el diagnóstico de muerte, conlleva un debate ético importante, dirigido fundamentalmente a los problemas que se generan en definir cuánto tiempo debe transcurrir entre el momento de la parada cardiocirculatoria y la declaración de la muerte del paciente y, en consecuencia, el momento en que pueden realizarse intervenciones clínicas dirigidas al procuramiento de órganos en el cuerpo del paciente. Ese tiempo, denominado "non-touch time" en la literatura anglosajona, continúa aun siendo motivo de debate científico. [13]. Actualmente existen escasas evidencias científicas que den respuesta a este tema. Investigaciones en experi-

mentación animal, sugieren que debería esperarse al menos 10 minutos tras la parada cardíaca antes de establecer el diagnóstico de muerte [14]. En la actualidad hay una gran variedad de protocolos y guías clínicas, con muy distintas propuestas de tiempos entre la parada cardíaca y el periodo necesario para establecer la muerte del paciente. Ese periodo oscila entre cinco minutos de espera (España, Holanda o Reino Unido), hasta a 20 minutos (Italia) o periodos intermedios a esos: República Checa, Austria o Suiza, donde la duración de ese periodo es de 10 minutos [14]. En el año 2013, diecisiete países europeos aún no habían comenzado la donación de órganos a corazón parado [15]. De hecho, la realización de trasplantes de órganos provenientes de donantes en parada cardíaca tiene una implantación muy heterogénea en Europa. Según las estadísticas del año 2012, en Letonia el 60 % de los donantes provenían de donación a corazón parado, en Holanda el 60 %, en España el 10 %, en Austria el 2 %, y varios países como Alemania, Turquía o Hungría aún no habían realizado este tipo de donación [15]. El cómo debe interpretarse el que existan diversos tiempos de espera para el establecimiento de la muerte, o incluso que este tipo de donación no sea aceptado por algunos países, es una prueba evidente de que el debate clínico y ético continúa abierto. A la controversia sobre si el tiempo de espera debe situarse en 5, 10 o 20 minutos se añade el hecho de casos poco frecuentes, aunque descritos en la literatura médica, de autoresucitación [16], es decir pacientes en los que una vez suspendida la resucitación cardiopul-

monar el corazón es capaz de restaurar su actividad espontáneamente y generar circulación efectiva. La incertidumbre científica sobre los tiempos de espera adecuados persiste y, obviamente, la certeza de la muerte de la persona debería preceder siempre a las actuaciones relacionadas con la donación de órganos [17]. Como afirmó el Papa Benedicto XVI en relación a la donación de órganos de pacientes fallecidos: «debe regir como criterio principal el respeto a la vida del donante de modo que la extracción de órganos sólo tenga lugar tras haber constatado su muerte real» [18]. Este debate sobre la certeza de la muerte del donante a corazón parado es aplicable, tanto a los donantes con parada cardíaca súbita (donantes a corazón parado no controlados), como a aquellos en los que la parada cardíaca es previsible (donantes tipo III de clasificación de Maastricht, o donantes a corazón parado controlados).

De acuerdo al protocolo de la Universidad de Pittsburgh, en los donantes Maastricht III, la muerte puede ser declarada dos minutos después de observarse la apnea, la ausencia de respuesta, y ausencia de pulso arterial [19], por el contrario, en otros protocolos, el tiempo requerido en este tipo de donantes para establecer el diagnóstico de muerte alcanza los 10 minutos tras la parada cardíaca. Dada la incertidumbre clínica que aún persiste sobre cuando establecer el momento de la muerte en estos pacientes, la declaración de muerte y el procuramiento órganos pocos minutos después de la asistolia pudiera ser considerada moralmente imprudente, e insuficiente según los requerimientos que la Iglesia

Católica romana tiene sobre que la muerte ha de haberse producido antes de realizarse la extracción de órganos para trasplante.

En el caso de pacientes que sufren súbitamente una parada cardíaca en el ámbito extrahospitalario [20] (potenciales donantes tipo IIa de la Clasificación de Maastricht), la buena práctica clínica aconseja que sean tratados inmediatamente, y trasladados durante la fase de reanimación, a un centro adecuado a su patología. Es obvio que no en todos los hospitales coexiste la infraestructura necesaria para tratar a los pacientes de modo óptimo y simultáneamente la posibilidad de poder realizar donación de órganos en donantes Maastricht tipo IIa (la cual se realiza en un número limitado de centros hospitalarios). Es por ello, que en un análisis ético del manejo de estos pacientes, se plantea cómo hacer que ambos factores puedan coexistir sin vulnerar los principios, de equidad y justicia que deben presidir la práctica clínica en la asistencia prehospitalaria al paciente. ¿Existe la certeza de que la reanimación será infructuosa, y por tanto se debe realizar el traslado a un centro con infraestructura para donantes a corazón parado? Si el paciente es trasladado a un centro hospitalario en el que existe la adecuada infraestructura para realizar la donación de órganos en este tipo de donantes, pudiera ocurrir que dicho centro no tenga la adecuada dotación para tratar la patología que ha condicionado la parada cardíaca. Por el contrario, si el paciente es trasladado a un centro óptimo para su patología, sin infraestructura para la extracción de órganos a corazón parado, y la reani-

mación fracasa, ¿estamos evitando la posibilidad de donación de órganos? La complejidad logística de este tipo de donación, pero también la ausencia de respuestas a cuestiones como las anteriormente planteadas, son probablemente algunas de las razones por las que, a pesar de que este tipo de donación ha sido implantado en algunos países europeos, no es una práctica en la mayor parte de ellos. Por otra parte, la incertidumbre moral que conlleva que pudiera primarse la donación de órganos sobre la asistencia clínica prehospitalaria sea probablemente otra de las razones para su escaso desarrollo.

La donación de órganos provenientes de donante a corazón parado controlados (donantes tipo III de la clasificación de Maastricht, se centra en la realización en el quirófano, o en salas contiguas, de una parada cardíaca controlada al serle retiradas (o no implantadas) medidas de tratamiento al paciente. Esta práctica clínica puede encuadrarse bien dentro de las medidas de limitación del esfuerzo terapéutico realizada por el equipo médico, bien dentro de la aceptación por parte de este equipo médico del rechazo al tratamiento expresado por el paciente o sus familiares. La limitación del esfuerzo terapéutico puede ser considerada una buena práctica médica cuando es realizada en el contexto clínico adecuado. La limitación del esfuerzo terapéutico debe realizarse cuando existe un pronóstico cierto de un paciente en situación terminal, e irreversible, sobre todo en el contexto de un sufrimiento inaceptable, y siempre que no vaya en contra de la opinión previamente expresada por el paciente. La limitación

del esfuerzo terapéutico, o limitación de terapia de soporte vital como algunos prefieren denominarla, se realiza en diversos ámbitos de la medicina tanto hospitalaria como domiciliaria en aquellos pacientes con procesos clínicos terminales e irreversibles en los que el tratamiento [21] (a veces la limitación del esfuerzo terapéutico no solamente se refiere a técnicas y terapias de soporte vital sino a otro tipo de tratamientos) no aporta ni mejora la perspectiva vital de la persona ni su calidad de vida en ese periodo final.

Aunque con mayor implantación que la Donación Maastricht tipo I y II, la donación de órganos provenientes de donantes a corazón parado tipo III de Maastricht presenta diversos aspectos éticos que aún son motivo de controversia y discusión. Uno de ellos, es el anteriormente mencionado tiempo de “non touch”. Además de ello, este tipo de donación pudiera ser considerada que vulnera la “dead Donor Rule” [22]. Esta regla, establecida como un principio indiscutible por parte de la mayor parte de los bioeticistas (aunque recientemente cuestionada por algunos) pone énfasis en el hecho de que la muerte del donante no debe tener relación con la donación de órganos, sino que deben ser hechos independientes. Es cierto que la muerte del donante en los casos de donación tipo III, en sensu stricto, no está determinada por la donación de órganos, sino que la limitación del esfuerzo terapéutico se realiza debido al mal pronóstico del paciente. No obstante, también es cierto, que tanto el escenario de la muerte, como el momento de la misma, están decididos en función de la donación de órganos y no de la

mejor práctica clínica en relación con el proceso de morir. La ubicación del paciente para su fallecimiento en quirófano, en ocasiones administrándosele medicación que no va dirigida a su alivio y confort (sino a optimizar la calidad de los órganos a donar), rodeado de profesionales sanitarios (y no de sus seres queridos), los cuales mayoritariamente tienen como misión principal el procuramiento de órganos pudiera atentar contra la dignidad que el proceso de la muerte merece.

La incertidumbre sobre cuando se pierde por completo la actividad cerebral en pacientes que han sufrido una parada cardíaca controlada (que pudiera extenderse incluso más allá de los 5-10 minutos después de la misma), al igual que ocurre con los donantes Maastricht I y II añade un nivel de incertidumbre clínica y moral no resuelta, por lo que la extracción de órganos para trasplante estas situaciones, y dado que la muerte no sido confirmada, pudiera ser un hecho moralmente reprochable.

Otra de las cuestiones éticas que hace que la donación en donantes Maastricht tipo III esté aún bajo cuestionamiento ético es el hecho de las técnicas de canalización vascular o incluso perfusión perimortem que se realizan en el cuerpo del donante. En ocasiones, algunos equipos médicos aconsejan la colocación de catéteres vasculares antes del traslado del paciente al quirófano, y en consecuencia antes de la muerte, a fin de optimizar la perfusión de los órganos justo después de la parada cardíaca. Otros posponen la cateterización hasta después de la parada cardíaca pero antes de confirmarse la misma. Además de la cateterización para

el enfriamiento vascular y la perfusión de órganos, otros equipos realizan al donante a una circulación y oxigenación sanguínea extracorpórea (ECMO). Esta técnica pretende mantener la perfusión y oxigenación de los órganos para mantenerlos viables para el posterior trasplante. Debe tenerse en cuenta que el mismo dispositivo ECMO puede ser empleado para salvar la vida de pacientes que han sufrido una parada cardíaca, porque es capaz de restaurar la perfusión de órganos tales como el cerebro. De hecho, cuando se realiza la perfusión corporal del donante a corazón parado, se suele colocar un balón aórtico que obstruya el flujo de las arterias cerebrales y coronarias. Estos dispositivos se colocan para asegurar que no se produzca la perfusión del cerebro ni del corazón. La colocación e inflado del balón aórtico cuando se realiza la perfusión órganos añade un mayor nivel a la incertidumbre moral, ya que su objetivo principal es asegurarse que la sangre oxigenada no llegue al cerebro del donante y “consolidar” el diagnóstico de muerte. Una interpretación de esta maniobra es el hecho de que probablemente, para algunos de los intervinientes, esta situación describe más un “pronóstico de muerte” que de “diagnóstico de muerte”.

Cuando la vinculación de la práctica de limitación del esfuerzo terapéutico, en los donantes Maastricht III, se realiza en sintonía con la donación de órganos para trasplante, aunque puede ser una buena práctica clínica, ya que puede asociarse a salvar la vida o mejorar la calidad de vida de otras personas que necesitan órganos, precisa un ejercicio ético indudable,

ya que si la práctica no está centrada en la persona que fallece, sino en el proceso de la donación, las acciones médicas pueden incurrir en defectos éticos, el principal de los cuales sería el utilitarismo de la muerte en función de la donación. La adecuación de la hora de la muerte a la de la donación y el entorno donde se produce el fallecimiento habitación del paciente, quirófano, o salas especiales para la donación [23] son aspectos que deben ser siempre tenidos en cuenta para que el proceso de fallecimiento: no se anteponga a la donación de los órganos. La limitación del esfuerzo terapéutico debe tener como foco de atención al paciente que fallece y este debe ser el centro de la atención sanitaria [24]. Por otra parte, el hecho de que la muerte se enmarque en un contexto fuera de la terapia paliativa y de confort de la persona que está muriendo, así como la manipulación corporal que se pueda realizar antes de la confirmación de la muerte segura del paciente hace que determinadas actuaciones clínicas pudieran ser éticamente reprobables dado que pudieran atentar contra la dignidad de la persona donante.

El Papa Juan Pablo II, en su encíclica *Evangelium Vitae*, advierte de la posibilidad real de que «a fin de incrementar la disponibilidad de órganos para trasplante, estos órganos sean extraídos sin respetar criterios adecuados y objetivos que evidencien la muerte del donante» [25], es por ello que desde el punto de vista de la doctrina de la Iglesia, deberían reconsiderarse algunos aspectos de la práctica de donación de órganos en donantes en asistolia antes de conseguir un refrendo moral por parte de la Iglesia.

No debe dejar de mencionarse el apoyo de la Iglesia católica a otro tipo de donación de órganos: la donación proveniente donante vivo. Este tipo de donación conlleva un menoscabo de la integridad física del donante y una alteración de la corporalidad del mismo. El principio de totalidad [26] conlleva que no debería realizarse la amputación de ninguna parte del cuerpo a no ser que sea para salvar la propia vida (amputación terapéutica). Sin embargo, la Iglesia Católica apoya explícitamente la donación de donante vivo, basándose en el principio de solidaridad, redefiniendo la integridad física, no tanto como la conservación de la constitución corporal, sino como la constitución corporal suficiente para su autorrealización como persona. En cualquier caso, este tipo de donación, deberá siempre respetar la libertad en la decisión de donar, el que el donante sea informado adecuadamente, y el que las posibilidades de éxito del trasplante sean reales [27].

4. Conclusión

El apoyo explícito de la Iglesia Católica a la donación de órganos para trasplante no debe hacer olvidar que la Iglesia Católica apoya la mejor práctica clínica en los periodos finales de la vida, aunque también sin dejar a un lado que la medicina debe mantener el respeto a la dignidad de la persona que fallece y en la que deberían centrarse todas las actuaciones clínicas. Por otra parte, y en relación a las referencias sobre la potencial obstaculización que la Iglesia Católica hace de la donación de órganos provenientes de

donantes a corazón parado, cuando se analiza lo que ocurre en países sobre este tipo de donaciones, se detecta una clara heterogeneidad de conductas [28]. En el análisis de esa heterogeneidad se puede observar como la misma no guarda ninguna relación con influencias religiosas, ni con el porcentaje de personas de religión católica en los distintos países. Quizás el único factor que pudiera explicarlo serían los distintos marcos normativos que sustentan legalmente esta donación en los diversos países.

La necesidad de órganos para trasplante no debe generar urgencias para la toma de decisiones, al establecer nuevas prioridades para la limitación del esfuerzo terapéutico en pacientes graves, ni tampoco la premura con la que se establece la muerte tras la parada cardíaca. La muerte de una persona no debe relacionarse con la posibilidad de que dicha persona sea donante de órganos. Este axioma ético debe ser tenido en cuenta ante la posibilidad de donación de órganos en una persona gravemente enferma.

La preocupación por la existencia de pacientes en lista de espera para trasplante de órganos no corresponde solo a instituciones públicas, como las organizaciones nacionales de trasplantes, sino también a la Iglesia Católica, que a su vez extiende su preocupación a estos pacientes y a otros muchos, agudos, crónicos, hospitalizados, ambulatorios, en situaciones o no del final de la vida. La solidaridad que la Iglesia Católica muestra con la persona enferma está fuera de dudas y también su compromiso para respetar la dignidad de la persona en cualquier circunstancia de salud o enfermedad.

References

- [1] Pope Pius XII. The Prolongation of Life. *Pope Speaks*. 1958; 4: 393-398.
- [2] Löfstedt S, Von Reis G. Intrakraniella lesioner med bilateralt upphävd kontrastpassage i a. carotis interna [Intracranial lesions with abolished passage of x ray contrast through the internal carotid arteries]. *Opusc Med*. 1956: 1199-202.
- [3] Wertheimer P, Jouvét M, Descotes J. A propos du diagnostic de la mort du système nerveux dans les comas avec arrêt respiratoire traités par respiration artificielle. *Press Med*. 1959; 67: 87-88.
- [4] Mollaret P, Goulon M. Le coma depasse. *Revue neurologique* 1959; 101: 3-15.
- [5] A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA*. 1968; 205: 337-40.
- [6] Benedetto XVI. Un dono per la vita. Considerazioni sulla donazione di organi. (accessed on 24.2.2016, to: https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2008/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20081107_acdlife.html)
- [7] <http://www.pas.va/content/accademia/en.html> (accessed on 28.3.2017).
- [8] Carrasco De Paula I. Los parámetros de la muerte cerebral desde el punto de vista de la moral católica. *Persona y bioética* 2000; 5 (11-12): 65-71.
- [9] Pérez-San-Gregorio MA, Nunez-Roldan A, Dominguez-Roldan JM et al. The attitude toward death influences the donation of organs in intensive care units. *Transplantation Proceedings* 1992; 24: p. 24.
- [10] <http://www.pewforum.org/files/2011/12/Christianity-fullreport-web.pdf> (accessed on 28.3.2017).
- [11] International Registry In Organ Donation And Transplantation (accessed on 24.2.2016, to: <http://www.irodat.org>).
- [12] Yacoub M. Cardiac donation after circulatory death: a time to reflect. *Lancet* 2015; 385: 2554-6.
- [13] Simon JR, Schears RM, Padela AI. Donation after cardiac death and the emergency department: ethical issues. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* 2014; 21: 79-86.
- [14] Stiegler P, Sereinigg M, Puntschart A et al. A 10min “no-touch “ time - is it enough in DCD? A DCD animal study. *Transplant international: official journal of the European Society for Organ Transplantation* 2012; 25: 481-92.
- [15] Wind J, Faut M, Van Smaalen TC et al. Variability in protocols on donation after circulatory death in Europe. *Crit Care*. 2013; 17.
- [16] Hornby K, Hornby L, Shemie SD. A systematic review of autoresuscitation after cardiac arrest. *Critical Care Medicine* 2010; 38: 1246-53.
- [17] Truog RD, Miller FG, Halpern SD. The dead-donor rule and the future of organ donation. *The New England journal of medicine* 2013; 369: 1287-9.
- [18] https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/es/speeches/2008/november/documents/hf_ben-xvi_spe_20081107_acdlife.html (accessed on 28.3.2017).
- [19] DeVita MA, Snyder JV. Development of the University of Pittsburgh Medical Center policy for the care of terminally ill patients who may become organ donors after death following the removal of life support. *Kennedy Institute of Ethics journal* 1993; 3(2): 1
- [20] Ortega-Deballon I, De La Plaza-Horche E. Protocols for Uncontrolled Donation After Circulatory Death: A Comprehensive Approach to Refractory Cardiac Arrest. *Academic Emergency Medicine* 2014; 21 (6): 712-3.
- [21] Truog RD, White DB. Futile treatments in intensive care units. *JAMA internal medicine* 2013; 173: 1894-5.
- [22] Robertson JA. Delimiting the Donor: The Dead Donor Rule. *The Hastings Center Report* 1999; 29: 6-14.
- [23] Tunzi M, Spike JP. The role of patient comfort and “comfort measures only” in organ donation after cardiac death (DCD) after a stroke. *The American journal of bioethics* 2014; 14: 39-41.
- [24] Pontificia Academia pro Vita. V Asamblea General (24-27 Febrero 1999) Declaración Final. (accessed on 28.2.2016, to: [158](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifi-</p></div><div data-bbox=)

cal_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_24021999_final-doc_sp.html).

[25] Giovanni Paolo II. Lettera Enciclica *Evangelium Vitae*, n. 15.

[26] The positive doctrine of Pius XII on the Principle of Totality. *Agustinianum* 1963; 3: 291-324.

[27] Truog RD. The ethics of organ donation by

living donors. *The New England journal of medicine* 2005; 353: 444-6.

[28] Dominguez-Gil B, Haase-Kromwijk B, Van Leiden H et al. Current situation of donation after circulatory death in European countries. *Transplant international: official journal of the European Society for Organ Transplantation* 2011; 24: 676-86.

