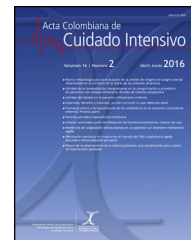




Acta Colombiana de Cuidado Intensivo

www.elsevier.es/acci



EDITORIAL

Recomendación sobre los donantes de órganos en asistolia controlada y los donantes de órganos después de la eutanasia

Recommendation on organ donors in controlled asystoly and organ donors after euthanasia

El Consejo Nacional de Bioética (CNB) es un compromiso de Colombia ante la UNESCO al suscribirse a la Declaración de Bioética del 2005¹. El CNB fue establecido mediante la Ley 1374 de 2010 «Por medio de la cual se crea el Consejo Nacional de Bioética y se dictan otras disposiciones», como ser el organismo asesor y consultivo del Gobierno Nacional, con el fin de propender el establecimiento de un diálogo interdisciplinario para formular, articular y resolver los dilemas que plantea la investigación y la intervención sobre la vida, la salud y el medio ambiente, así como la construcción y la implementación de políticas en los asuntos referentes a la bioética.

La Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado intensivo (AMCI), a través del Comité de Bioética y Trasplante, realizó una consulta al CNB, asociada con los aspectos bioéticos en la donación en asistolia controlada (DAC)^{2,3} y a los donantes de órganos después de la eutanasia (DODE)^{4,5}. La solicitud hecha al Comité de Bioética y Trasplante de la AMCI, por médicos intensivistas y grupos de trasplante, obedeció a conocer los aspectos bioéticos ante dilemas asociados con este tipo de donantes.

La carta enviada fue revisada inicialmente en sesión plenaria del CNB No. 38 el día 27 de abril de 2023 y asignada para estudio y revisión. Posterior a las respuestas dadas por los consejeros asignados se procedió en sesión plenaria No. 44 del CNB 2023 a la firma y aprobación por parte de la presidente del CNB.

Se transcribe la respuesta dada por el CNB.

RESPUESTA

En relación con su inquietud manifiesta al Consejo Nacional de Bioética (CNB) de fecha 21 de marzo de 2023, para la cual fuera asignada una comisión de estudio coordinada por la consejera Nora Riani el 27 de abril de

2023, a continuación compartimos las consideraciones que se hacen a los dilemas por usted planteados, así:

Dilema uno

Los pacientes en inminente fallecimiento que se les realiza RPCSV y se espera la parada circulatoria para posterior extracción de órganos para trasplante, como lo establecen programas de trasplante que han reconocido dicho procedimiento en países de Europa y Norte América, acto médico aceptado, científicamente, ética y jurídicamente, ¿se debería aceptar en Colombia?

En los casos de retiro planificado y controlado de la terapia de soporte vital (RPCSV) con paro cardíaco esperado, como se observa en la legislación colombiana, Ley 1805 de 2016 «Por medio de la cual se modifican la Ley 73 de 1988 y la Ley 9 de 1979 en materia de donación de componentes anatómicos y se dictan otras disposiciones». En el Artículo 2 parágrafo 1 de la Ley 1805 dice: «Solo se podrá proceder a la utilización de los órganos, tejidos, componentes anatómicos y líquidos orgánicos a que se refiere este artículo, cuando exista consentimiento del donante libre, previo e informado o presunción legal de donación». En el parágrafo 2 del mismo artículo se especifica que no deberá usarse órganos o tejidos de los «niños no nacidos o abortados».

En los casos en que no ha habido manifestación expresa de la persona de la negativa de donación de sus órganos, se entiende que habrá una presunción legal de donación, como consta en el Artículo 2.º, así: «Se presume que se es donante cuando una persona durante su vida se ha abstenido de ejercer el derecho que tiene a oponerse a que de su cuerpo se extraigan órganos, tejidos o componentes anatómicos después de su fallecimiento». Y por ende, se entiende en el parágrafo 1 que «La voluntad de donación expresada en

<https://doi.org/10.1016/j.acci.2024.05.009>

0122-7262/© 2024 Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares.

Cómo citar este artículo: R.D. Camargo Rubio, Recomendación sobre los donantes de órganos en asistolia controlada y los donantes de órganos después de la eutanasia, Acta Colombiana de Cuidado Intensivo, <https://doi.org/10.1016/j.acci.2024.05.009>

vida por una persona solo puede ser revocada por ella misma y no podrá ser sustituida por sus deudos y/o familiares».

Es decir, desde el punto de vista legal en Colombia es lícito usar órganos, tejidos u otro material biológico en caso de no haberse manifestado la negativa al respecto, por lo que se asumirá la presunción legal de donación. Al respecto la Red de donación y trasplantes sigue esta directriz en relación con la donación en parada cardíaca (DPC).

Las consideraciones éticas, como también usted lo advierte, sobre el uso de órganos para trasplantes deben tener muy presente el respeto de la dignidad humana y la autonomía de las personas, asegurando que han podido expresar libremente su voluntad, o no, de donar sus órganos. Igualmente, en tanto la donación es considerada un acto altruista, tiene un valor social, toda vez que son requeridos para salvar la vida y mejorar la salud de las personas que así lo demandan. En este último sentido, hay un amplio consenso en que es preciso revisar los mecanismos por los cuales las personas pueden acceder más y mejor a estos beneficios altamente valorados.

El CNB no es el indicado para responder sobre los aspectos técnicos del RPCSV, estos deberán ser contemplados en un protocolo científico y médico que requiere ser armonizado con los parámetros internacionales específicos para estos temas. Sin embargo, el CNB le confiere una atención especial a aquellas inquietudes bioéticas que surjan alrededor de la aceptación, procedimientos y otros aspectos relacionados con la distribución que permiten el acceso de órganos, tejidos y componentes anatómicos, algunos de ellos reportados por la literatura científica u otros medios en los que se revelan controversias y fallas en las instituciones donde se llevan a cabo estas prácticas que deberían ser supervisadas por el Estado. Entre los valores a contemplarse proponemos la validez científica, el valor social, la calidad, eficiencia y eficacia de los procedimientos relacionados con el uso de material biológico de origen humano, el respeto de la autonomía, la confidencialidad, la privacidad, de las directrices previas de las personas, del mejor interés de los pacientes, entre otros, que deberán ser corroborados mediante indicadores de seguimiento.

En cuidados intensivos, para hacer DAC se hacen intervenciones al paciente al momento de desistir de curar, aliviar o soportar mediante cambio de enfoque; pero, con tratamientos y procedimientos similares, estos dirigidos, ya no para salvar la vida de la persona, sino para mejorar la preservación y rescate de sus órganos y tejidos para ser donados. Es recomendable anotar que tanto se ha considerado por parte del médico cuán dramático e impactante puede ser esta intervención para preservar los órganos y tejidos para la familia, como para otro personal de salud. Asimismo, es importante divisar otros dilemas de justicia que ponen en tensión el bien individual con el bien común, asuntos que pueden generar cuestionamientos éticos e incomodidad, ante los procedimientos y técnicas empleadas por falta de información y deficiente acercamiento a la familia, o por ausencia de parámetros institucionales adecuados. Todo ello puede derivar en desgaste, desconfianza e incluso traumas, que son prevenibles con buenas prácticas en la materia.

La donación se clasifica según su procedencia de un humano vivo/muerte (cadavérico), siendo en ambos casos

importante la verificación del procedimiento que da pie a la donación. En este sentido, es necesario verificar en los casos que la donación ha sido el resultado de una decisión autónoma si se ha contado con la información suficiente con respecto a, por ejemplo, la reorientación en los procedimientos para una terapia dirigida a SV o a DAC. En los casos de donantes con inminente fallecimiento y cuando aún no ha sucedido la parada cardíaca (asistolia) programada se debiera corroborar si con anticipación se ha dado espacio para un consentimiento informado, y si se cuenta con voluntades anticipadas u otro tipo de planeación expresa acerca de cuidados avanzados. Procedimientos que deben incentivarse en la práctica para mejorar la comprensión de estas intervenciones.

Surgen otras inquietudes con respecto a la DAC, como qué grado de certeza pronóstica se requiere según la evolución de la enfermedad del donante, qué criterios deben contemplarse en la información que se da a la familia y quiénes se involucren, tanto en la toma de decisiones, como en todas las intervenciones requeridas.

Los criterios de un RPCSV que den claridad sobre cuándo termina el soporte clínico y cuándo este se orienta a la preservación de los órganos y tejidos deben ser ampliamente conocidos. Es necesario también establecer los grupos de profesionales para ambos procedimientos y determinar si la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) cuenta con personal suficiente y experto para estos propósitos, tanto como identificar los conflictos de interés, si los hubiera, en los casos en que hay profesionales que participan en ambos manejos.

Es preciso, además, considerar cómo se da garantía desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) sobre la disponibilidad de acceso equitativo y calidad en la atención relacionada con el procedimiento de obtención y de distribución previa a la preservación y rescate de órganos y tejidos bajo el enfoque de DAC.

Los anteriores son algunos aspectos bioéticos para ahondar y responder ante las inquietudes que surgen; además de las propias del profesionalismo y la ética médica que son del resorte de su colegiado.

Lo dicho hasta ahora es bajo la premisa de la necesidad de propender por obtener el mayor número de órganos trasplantables por cada potencial donante, como también reducir las pérdidas de potenciales donantes por paro cardíaco. Comprendemos que este enfoque debe acompañarse de capacitaciones permanentes de las personas involucradas, como de información adecuada dirigida a la sociedad en general. El valor social, como el valor individual del receptor del órgano, tejido o de cualquier componente anatómico, dependerá del grado de aceptabilidad de dichos procedimientos, los cuales deben enmarcarse en valores éticos como la solidaridad, el altruismo, la validez científica, entre otros, ya mencionados, que legitiman al acto de donación en beneficio de salvar vidas y en mejora de la salud.

Dilema dos

El derecho a una muerte digna en Colombia está fundamentado en la autonomía y voluntad de quien la solicita. ¿Se debe respetarse igualmente la autonomía para donar sus órganos para ser trasplantados después de la parada circulatoria?

En Colombia el fundamento ético-jurídico de la eutanasia médicamente asistida se deriva en un enfoque de vida y muerte digna. Este enfoque tiene distintas valoraciones; mientras para unos el fundamento de la eutanasia es la dignidad de la muerte, para otros, el proceso de morir es el que debe ser catalogado como digno en razón a ser parte del final de la vida. En todos los casos la eutanasia debe ser voluntaria. Para lo cual se precisa respetar la autonomía de las personas y jurídicamente, de acuerdo a la Sentencia C-233 de 2021, se declara exequible el artículo 106 de la Ley 599 de 2000 y se determina que no se incurre en el delito de homicidio por piedad cuando: «la conducta (i) sea efectuada por un médico, (ii) sea realizada con el consentimiento libre e informado, previo o posterior al diagnóstico, del sujeto pasivo del acto, y siempre que (iii) el paciente padezca un intenso sufrimiento físico o psíquico, proveniente de lesión corporal o enfermedad grave e incurable».

Aunque la norma no hace consideraciones específicas acerca de la autonomía de los profesionales de la salud que asisten la eutanasia, sí se comprende la importancia de la objeción de conciencia para quienes ven enfrentados sus valores por cuanto entienden y argumentan que su vocación de servir le impone el deber de auxiliar al que padece y sufre alguna enfermedad y ve en la eutanasia una intervención que iría más allá de los fines de la medicina. En la literatura esta perspectiva se interroga por el riesgo de incurrir en una pendiente resbaladiza, y la forma de evitarla sería mediante deliberaciones y protocolos ampliamente consensuados con el fin de establecer los límites y dar claridad sobre las distintas alternativas terapéuticas y la eutanasia.

Como está la norma, la muerte mediante eutanasia puede solicitarse sin que necesariamente se encuentre en fase final de la vida, o en fase terminal de alguna enfermedad, razón por la cual es entendible que los órganos pueden servir para trasplantes. Desde una perspectiva utilitarista es aceptable programar la eutanasia en procura de usar los órganos que están sanos y aptos para trasplantes con un tiempo mínimo de espera y un mejor resultado para los receptores. Argumento que requiere se identifiquen con antelación cualquier influencia indebida o conflicto de intereses.

Todas las prácticas para aumentar posibles donantes están fundamentadas en el valor social que se entiende en su dimensión altruista y en los beneficios que deriva para quienes los requieran por razones de salud que, en algunos casos, dependerá su supervivencia. Es conveniente advertir que existen conflictos de valores entre, por ejemplo, el respeto de la autonomía de las personas, en contradicción con la sacralidad de la vida. Siempre existirán controversias, por cuanto se sugiere que los expertos tengan presente el

respeto por la percepción de dignidad que tienen los pacientes al tratar de equilibrar entre la terapéutica médica en el contexto de curar, aliviar o ser compasivo con el paciente y sus deberes sociales, solidarios y subsidiarios de rescatar y procurar órganos y tejidos para otros pacientes en espera.

Comprendemos la difícil tarea en la práctica médica de reconocer la autodeterminación de las personas en momentos límite; igualmente, reconocemos la importancia de reflexionar sobre valores como equidad, justicia distributiva, vulnerabilidad ante la necesidad de responder a las listas de espera para acceder a trasplantes. En atención a su solicitud quedamos atentos a cualquier otra inquietud que requiera ser deliberada en el Consejo Nacional de Bioética.

Presidenta Consejo Nacional de Bioética

Bibliografía

1. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. UNESCO 2005 [consultado 4 Ene 2024]. Disponible en: https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_spa
2. Haase B, Bos M, Boffa C, Lewis P, Rudge C, Valero R, et al. Ethical, legal, and societal issues and recommendations for controlled and uncontrolled DCD. *Transpl Int.* 2016;29:771-9, <http://dx.doi.org/10.1111/tri.12720>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26581182/>
3. Messer S, Cernic S, Page A, Berman M, Kaul P, Colah S, et al. A 5-year single-center early experience of heart transplantation from donation after circulatory-determined death donors. *J Heart Lung Transplant.* 2020;39:1463-75, <http://dx.doi.org/10.1016/j.healun.2020.10.001>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33248525/>
4. Mulder J, Sonneveld H, van Raemdonck D, Downar J, Wiebe K, Domínguez-Gil B, et al. Practice and challenges for organ donation after medical assistance in dying: A scoping review including the results of the first international roundtable in 2021. *Am J Transplant.* 2022;22:2759-80, <http://dx.doi.org/10.1111/ajt.17198>.
5. Simmons JG, Reynolds G, Kekewich M, Downar J, Isenberg SR, Kobewka D. Enduring physical or mental suffering of people requesting medical assistance in dying. *J Pain Symptom Manage.* 2022;63:244-50.e2, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.08.010>. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34509596/>

Rubén Darío Camargo Rubio
Comité de Bioética y Trasplante. Asociación Colombiana de Medicina Crítica y Cuidado Intensivo (AMCI), Armenia, Quindío, Colombia
Correo electrónico: rcamargorubio@gmail.com