

## **El anencéfalo como donante de órganos: aspectos éticos**

**Javier M. Marigorta**

*Especialista en Cirugía General y de Aparato Digestivo  
y doctor en Teología*

**José A. Mínguez**

*Jefe de Sección del Hospital Universitario "La Fe".  
Hospital Maternal. Valencia*

Entre los equipos que realizan trasplantes en niños, se ha planteado la posibilidad de obtener órganos de recién nacidos anencéfalos, como medio de resolver la escasez de donantes infantiles. Los anencéfalos están afectados por una grave malformación del Sistema Nervioso Central: la corteza cerebral siempre está implicada, y el resto de las estructuras encefálicas pueden estarlo, en mayor o menor grado, o permanecer indemnes. La incidencia de anencefalia se cifra en el 0,30 por 1.000, pero la mayor parte de los anencéfalos detectados por diagnóstico prenatal terminan en un aborto electivo(1).

Su pronóstico es fatal a corto plazo: El 57,5% de los anencéfalos fallecen en las primeras 24 horas y sólo el 14,9% sobrevive tres días; son casi excepcionales aquellos que alcanzan una semana sin empleo de medidas de apoyo intensivo. Además, frecuentemente, se asocian otras malformaciones, especialmente en aquellos que presentan doble defecto del tubo neural(2).

La idea de utilizar sus órganos y tejidos resulta muy sugestiva. Aunque no es totalmente nueva -hay noticias sobre el uso de riñones de anencéfalos hace 30 años- el reciente progreso de las técnicas de trasplante en niños, ha aumentado notablemente la demanda de órganos infantiles.

Un 0,33 por 1.000 de los recién nacidos necesitan un trasplante cardíaco, bien por fibroelastosis subendocárdica (0,17 por 1.000), o por hipoplasia ventricular izquierda (0,16 por 1.000). Cerca del 0,1 por 1.000 de los recién nacidos vivos necesitan un hígado por atresia biliar(3). Hay que añadir, además, otras patologías tributarias de trasplante, por lo que esa primera idea representaría una importante ayuda.

### **El problema técnico**

Peabody y col.(4) han puesto de manifiesto que la aplicación precoz de medidas de sostenimiento vital -respiración asistida, apoyo circulatorio farmacológico, control del equilibrio del medio interno, mantenimiento de la temperatura, etc.-, prolonga el proceso de muerte, permite realizar estudios de compatibilidad, amplía las posibilidades de extracción de órganos aptos para el trasplante y facilita la búsqueda de receptores.

El problema técnico se sitúa en diagnóstico de muerte. Como ha señalado Volpe(5), los criterios de muerte cerebral utilizados en los adultos no son directamente aplicables a los neonatos. El protocolo usual(6) aplica criterios clínicos más estrictos que en los adultos y exige un tiempo superior a las 24 horas para la confirmación electroencefalográfica de muerte.

Este protocolo evitó deliberadamente hacer recomendaciones aplicables a neonatos menores de siete días aduciendo falta de informes suficientes y homogéneos. Sin embargo, los estudios realizados en el *Loma Linda University Medical Center* sugieren que los criterios habituales pueden aplicarse a niños de edad inferior a siete días, tanto prematuros como nacidos a término, si a la exploración

neuroológica y las pruebas neurodiagnósticas (medida del flujo sanguíneo cerebral y registro de actividad eléctrica) se añade un tiempo de observación de 48 horas(7).

Estos criterios son todavía más difíciles de aplicar en el caso de los anencéfalos, ya que al carecer de cerebro -o ser muy rudimentario- no puede hablarse propiamente de muerte cerebral. El diagnóstico se centra en el cese de la actividad del tronco encefálico, añadiendo así una nueva dificultad, que no queda bien resuelta mediante los actuales procedimientos neurodiagnósticos.

### **El problema ético**

El problema ético se plantea en forma disyuntiva: si se espera -con los criterios actualmente admitidos- a un diagnóstico cierto de muerte, son pocos los órganos utilizables para el trasplante, pues el deterioro orgánico es rápido en el tiempo de confirmación de muerte. Pero la extracción de órganos en una persona humana viva no es éticamente admisible y es una práctica legalmente prohibida.

Para solucionar el problema ético se ofrecen diversas alternativas: Harrison(8), Landwirth(9) y el *Transplant Policy Center* del estado de Michigan(10), proponen que la condición "cerebro-ausente" (*brain absence*) del anencéfalo ha de formar una categoría propia con la misma significación ética y legal que la muerte cerebral, ya que su futuro es "radicalmente limitado".

Otros proponen la teoría de la "vida cerebral"(11), de modo que el niño anencéfalo no tendría la condición de persona, pues nunca desarrollará funciones corticales.

Ambas propuestas conducen, como señala Willke, a una definición funcional -y no

ontológica- de persona de marcado corte utilitarista(12).

El núcleo del problema ético se sitúa en dilucidar si el anencéfalo es o no persona humana. La respuesta a este interrogante es crucial: si el anencéfalo es persona, no es ético abortarlo ni extraer sus órganos vitales antes de su muerte; pero si no es persona, será lícito tanto el aborto como la extracción de órganos sin confirmar su muerte.

El principio ético que subyace en estas afirmaciones surge del valor fundamental y único que tiene la persona humana: no es instrumentalizable, no puede ser utilizada como medio para alcanzar un fin; es un fin en sí misma por su carácter único e irrepetible por lo que es inviolable. Es esta la cuestión que abordaremos.

### **El neonato anencéfalo es biológicamente humano.**

Desde el punto de vista biológico, sus células y tejidos poseen todas las características propias y específicas de los seres humanos: ha sido concebido por la unión de dos células germinales, una masculina y otra femenina, de origen humano. Hasta el momento en que se produce un error en desarrollo, no se diferencia de otro embrión humano cualquiera.

De aquí concluimos que se trata de un ser humano, de una persona. Lo contrario supondría admitir una de estas posibilidades: o la personalización se produce terminado el período de embriogénesis, o bien, ese individuo que ha sido persona, deja de serlo por un accidente en la fase embrionaria.

La primera hipótesis justificaría el aborto mientras la embriogénesis no haya finaliza-

do, porque hasta ese momento el embrión no sería persona. La segunda, nos llevaría a admitir que la condición "personal", una vez obtenida, puede perderse por un hecho accidental.

En cualquier caso, el *status* personal se haría depender de factores extrínsecos: la condición de persona le viene dada, no como algo inseparablemente unido al hecho de ser individuo de la especie humana, sino como algo superpuesto que le viene de fuera, que es extrínseco y, por tanto, no es esencial.

Resulta evidente, entonces, que la característica de persona de un ser humano no le pertenece como algo propio, sino que le es dado por otros. Puede adquirirse o perderse, justificando cualquier aberración, puesto que sólo serían personas aquellos sujetos así considerados por otros: aquellos individuos que cumplan determinadas condiciones: sanos, inteligentes, independientes, aceptados, socialmente útiles... A partir de este supuesto, todo discurso acerca de los derechos humanos resulta siempre hueco y vacío.

#### **El anencéfalo es un ser humano vivo.**

En el caso de la provisión de órganos otra vía para su justificación es considerarlos como sujetos en "muerte cerebral".

Los anencéfalos presentan una situación difícil para considerarlos como sujetos en "muerte cerebral", requisito necesario para poder utilizar éticamente sus órganos vitales en trasplantes. En primer lugar, no hay actividad en determinadas estructuras cerebrales, pero la causa de esa inactividad no es la muerte, sino la inexistencia -o presencia de estructuras muy rudimentarias-: no se ve como puede considerarse "muerta" una estructura cerebral que no existe.

Por otra parte, no cabe duda que las estructuras cerebrales existentes están vivas: de hecho, el tronco encefálico mantiene la integración de las funciones fisiológicas.

#### **Racionalidad y persona.**

Algunos neonatólogos con declarada actitud "pro vida" justifican el aborto en fetos anencéfalos, argumentando que, al carecer de estructuras corticales en su Sistema Nervioso Central, no han de ser considerados personas humanas ya que no tienen capacidad "racional", y ésta constituye el elemento diferencial entre el ser humano y los animales.

Efectivamente, la racionalidad es característica propia y exclusiva de la persona humana, pero, no obstante, la persona no puede identificarse con la racionalidad; la racionalidad es una cualidad de la persona, pero no es la persona misma. La persona posee racionalidad, pero no "es" la racionalidad.

Pretender que el *status* de persona corresponde exclusivamente a los individuos con probada capacidad racional, supone negar la condición de persona, al recién nacido, al enfermo en coma, al demente y, por supuesto, al embrión y al feto.

La inteligencia y la voluntad -las funciones racionales- no son facultades orgánicas. El cerebro es el órgano terminal de los sentidos; el ser humano, en su unidad psicosomática estructural y funcional no puede conocer sin el concurso del dato sensible, por lo que el cerebro es condición necesaria para el pensar y el querer, pero no es condición suficiente.

Los recientes estudios neurofisiológicos muestran que las actividades intelectuales no son estrictamente localizables en el cerebro: ninguna estructura cerebral o mecanismo

neurofisiológico es capaz de explicar fenómenos como la autoconciencia, la libertad o la afectividad.

Si la integridad de las estructuras cerebrales no pueden identificarse con el hecho de ser persona, hay que admitir necesariamente que esta prerrogativa corresponde al ser humano por el hecho de serlo: todo ser que es humano es esencialmente persona. No existe más que un modo de "ser humano": "ser persona". Podemos afirmar que ser "persona" es el único modo de "ser humano".

### Conclusiones.

De todo lo expuesto, podemos concluir:

1) El anencéfalo es un ser humano vivo, aunque su pronóstico sea fatal y su vida breve y precaria.

2) El anencéfalo es persona de pleno derecho y han de respetarse sus derechos; en primer lugar, el derecho a la vida: no es ético, por tanto, el aborto de fetos anencéfalos.

3) El manejo de fetos anencéfalos se rige por los mismos criterios éticos aplicables a cualquier otro paciente. Por consiguiente, el uso de órganos de anencéfalos con fines terapéuticos (trasplantes), está sometido a las mismas normas éticas que la extracción de órganos vitales de otros cuerpos humanos: sólo es éticamente legítima cuando se ha constatado la muerte.

4) Entendemos que es éticamente aceptable la extracción de tejidos e incluso órganos no vitales (por ejemplo, un solo riñón) siempre que esta maniobra no provoque directamente la muerte del anencéfalo y se realice con el consentimiento informado de los padres.

5) La posibilidad de utilizar los órganos de anencéfalos con fines terapéuticos supone

una alternativa para las madres de estos niños, que pueden encontrar un nuevo sentido a su gestación en la posibilidad de salvar la vida otra persona. No proponemos "engendrar para donar órganos", sino disuadir del aborto como "solución" al feto gravemente malformado.

Esta posibilidad abre otro problema ético: la licitud de prolongar el proceso de muerte de los anencéfalos, no en beneficio suyo, sino de "otro", mediante maniobras inútiles para él. ¿No supone esta actitud una instrumentalización de un ser humano? Pensamos que la respuesta es negativa, porque estas maniobras, aunque no le proporcionan beneficio alguno, tampoco le perjudican.

Un segundo problema ético que puede plantearse, es la posible instrumentalización de la madre, a la que quizá se someta a mayores controles e incluso a una inducción electiva del parto si así lo requiere con urgencia un receptor. En nuestra opinión, este problema queda resuelto mediante el consentimiento informado de la gestante.

6) Se hace imprescindible avanzar en el estudio del diagnóstico de muerte en recién nacidos -anencéfalos o no- pues de una constatación segura y precoz de su muerte depende frecuentemente la viabilidad de algunos de sus órganos para trasplantes.

No se trata de redefinir la muerte. El problema no es qué es la muerte de la persona humana, sino saber si un individuo concreto está o no muerto.

### Bibliografía

1. Shewmon, A. Anencephaly: selected medical aspects. *Hastings Cent Rep* 1988; 18 (Octubre/Noviembre): 11-19.

2. Bair P.A., Sadovnick, A.D. Survival in infants with anencephaly. *Clin. Pediatr (Phila)* 1984; 23: 268-271.
3. Botkin, J.R. Anencephalic infants as organ donors. *Pediatrics* 1988; 82: 250-256.
4. Peabody, J.L., Emery, J.R., Ashwal, S., Experience with anencephalic infants as prospective organ donors. *N Engl J Med* 1989; 321: 344-350.
5. Volpe, J.J. Commentary: Brain death determination in the newborn. *Pediatrics* 1987; 80: 293-297.
6. Task Force on Brain Death in Children: Guidelines for the determination of brain death in children. *Pediatrics* 1987; 80: 280-300.
7. Walters W. y Ashwal, S: Organ prolongation in anencephalic infants: Ethical & Medical issues. *Hastings Cent Rep* 1988; 18 (Octubre/Noviembre): 19-27.
8. Harrison, M.R. Organ procurement for children: The anencephalic fetus as donor. *Lancet* 1986; 2: 1383-1385.
9. Landwirth, J. Should anencephalic infants be used as organ donors? *Pediatrics* 1988; 82: 257-259.
10. The Ethics and Social Impact Committee, Transplant Policy Center. Anencephalic infants as sources of transplantable organs. *Hastings Cent Rep* 1988; 18 (Octubre/Noviembre): 28-30.
11. Goldenring, J. The brain-life theory: toward a consistent biologic definition of humanness. *J. Med Ethics* 1985; 11: 198-204.
12. Willke, J.C. y Andrusko, D. Personhood redux. *Hastings Cent Rep* 1988; 18 (Octubre/Noviembre): 30-33.