

Reflexiones bioéticas acerca del trasplante de mano

A. Gianelli Castiglione*, M. Paganelli**, A. Briadotti**, F. Ventura***

Abstract

Ethical issues in hand transplantation

The bioethical issues arising from hand transplantation are discussed in this paper.

We briefly recall the first case ever performed of hand transplant, in France in the year 1998. Unfortunately a superficial evaluation of the recipient caused the failure of the transplant with the consequent explant of the graft.

The peculiarity of hand transplant poses serious doubts on the opportunity of the non life-saving transplant especially for the controversial costs-benefits relationship of such interventions and the lifelong immunodepressant therapy needed.

Most important is therefore the clinical and psychological evaluation of the recipients and the correct communication before and after the intervention.

We also underline the limits of the "informed" consent due to the lack of scientific data on the outcome of such transplant, in respect to the Italian legal framework.

In addition we examine the possible psychological difficulties of the patients to adapt to an organ coming from a dead donor due to the high visibility and strong symbolic meaning of the hand.

Our conclusion is for a selection of the recipients limited to strongly motivated, psychologically stable and refusing the prothesis application patients such as to get a real improvement to their "health" according to WHO definition.

Resumen

Los autores intentan con este trabajo ofrecer una contribución al análisis de las difíciles problemáticas éticas que derivan de los trasplantes de mano. En el artículo se describe brevemente la historia del primer trasplante y el itinerario

que ha conducido, en septiembre de 1998, en Lione, a este tipo de intervención.

Se ha detenido en las complicaciones nacidas inmediatamente que han obligado a fin de cuentas a la amputación del miembro trasplantado, imputando las causas a una superficial valoración psiquiátrica del receptor. Este reciente tipo de intervención obliga a reflexionar, a causa de la novedad y de la particularidad del órgano trasplantable, sobre la oportunidad de aquellos trasplantes llamados “no salvavidas”, con base en los riesgos conocidos que conducen una terapia inmunosupresiva a largo plazo. Esto lleva a considerar también el concepto de salud y principios de libertad y autodeterminación.

También se ha interrogado sobre las modalidades de elección de los receptores y sobre el acercamiento más oportuno que hay que considerar respecto al nivel psicológico antes y después de la operación. Todas las recientes adquisiciones han sido valoradas en relación con aquello que imponen la legislación italiana y la deontología médica. Se ha hablado también de los vicios de un consentimiento al menos escasamente informado, derivado de la carencia de datos experimentales.

A lo largo del artículo, los autores han evidenciado cómo pueden surgir numerosos interrogantes y obstáculos culturales inconscientes, además de morales, acerca de la adquisición de un órgano que aparece visible más que otros, y que está íntimamente ligado a la propia identidad y personalidad, lo cual hace posible que sea percibido como extraño e intolerable por parte de algunos.

En conclusión: los autores afirman que los candidatos ideales deberían ser jóvenes que han perdido recientemente ambas manos, sobre todo si se ha comprometido también la vista, mientras que poco razonable parece el trasplante de mano en un amputado unilateral.

Palabras clave: Bioética, trasplante, mano.

Keywords: Bioethics, transplant, hand.

Introducción

Han pasado ya más de 30 años desde el primer trasplante de corazón y hoy parece tal vez lícito preguntarse si el gesto purísimo de la donación de órganos deba continuar teniendo como único sentido la sobrevivencia del individuo. Indudablemente, la mano no es un órgano vital. Kant, sin embargo, sostenía que ella era el cerebro externo del hombre que nos permite obrar y comunicar, es su extensión directa.ⁱ

A diferencia de otros trasplantes en los que es obvia la finalidad "salvavida", los beneficios de los trasplantes de miembros no superan los riesgos de manera tan obvia. El primer alotrasplante de mano, ejecutado en Lione en septiembre de 1998 por un grupo internacional de cirujanos, fue saludada con un poco de admiración, escepticismo y hasta increíble desinterésⁱⁱ por parte de los médicos y de los estudiosos de ética.

Precedentemente, otro alotrasplante de mano se había intentado por un grupo de cirujanos en 1946, pero había fallado después de dos semanas. La intervención lionesa es la primer demostración clínica de un trasplante multitejido constituido por los de piel y hueso, que no fue rechazado después de un año de tratamiento inmunosopresivo (que comprende suero antilinfocitario, tacrolimo, mycophenolate mofetil y corticoesteroides).

La misma combinación ha sido utilizada con éxito en Louisville por el primer trasplante americano de este tipo. Desde más de 25 años, los cirujanos de urgencia de la mano realizan reimplantes de miembros en las condiciones médicas más hostiles, ligadas a la misma naturaleza del trauma, adecuando el propio arte a la intervención y reponiendo un miembro o un antebrazo totalmente amputado en 7-8 horas.ⁱⁱⁱ

Los modernos éxitos deben mucho a los recientes progresos de las terapias inmunosopresivas como la ciclosporina A, 1'FK-506, el bredinine y otros. Estos fármacos han sido usados en la terapia a largo plazo en pacientes sometidos al trasplante de órgano. En situaciones de peligro de vida como el trasplante de riñon, corazón e hígado, no pueden olvidarse lo notables efectos colaterales de tales terapias como las enfermedades tumorales, infecciones y patologías metabólicas.^{iv} Los riesgos anexos a la terapia **inmunosopresiva** a largo plazo y el posible desarrollo de carcinomas cutáneas y linfomas, suponen la posibilidad de un significativo peligro para la vida. Es opinión de la *American Society for Surgery of Hand*, que mientras las actuales terapias farmacológicas

inmunosopresivas no sean mejoradas, los trasnplantes de mano y de antebrazo deben ser considerados procedimientos de alto riesgo todavía en una fase muy precoz de experimentación.^v Uno de los principales deberes del arte médico es el de no disminuir la duración de la vida y no empeorarla.^{vi}

Respetar la autonomía del paciente no comporta por parte del médico la aceptación pasiva de cualquier requerimiento.^{vii} En la mera ejecución del trasplante de mano, no existe ciertamente un significativo peligro de vida y el beneficio del procedimiento supone aceptar los riesgos conectados con la inmunosopresión.

El caso de Lione

En un paciente de 48 años, a cuatro años después del incidente inicial y diez después de la segunda amputación-protésización, el riesgo a nivel funcional consistía en la pérdida de capacidad regenerativa del nervio que decrece a partir de los 30 años y en la exclusión cortical del miembro amputado.^{viii} Cerca de 10 años después, falla la reamputación de su brazo derecho, El receptor ya había rechazado una prótesis estética y funcional. Su personalidad y determinación para recibir la mano de un donador habían impresionado a los psicólogos y psiquiatras, condicionando fuertemente el *placet* para la intervención. Existían también importantes problemas acerca del consentimiento informado. El paciente de Lion firmó un detallado modelo de consentimiento y un contrato legal que especificaba los riesgos de la intervención, de la anestesia y de las posibles complicaciones posquirúrgicas correlacionadas con los fármacos con las neoplasias y con las infecciones como también con (complicaciones) psicológicas a largo plazo.

Había, además, una importante advertencia: a causa de la naturaleza experimental de los trasplantes de miembro, no existía un número suficiente de informaciones para presentar al paciente, con el fin de obtener un consentimiento informado, libre y consciente.

Reflexiones

Los trasplantes de miembro, respecto a los llamados trasplantes salvavida, no son solamente más complejos técnicamente sino que comportan más problemas desde el punto de vista ético. La visibilidad de la amputación constituía también un problema para la integridad del difunto, de tal manera que el cadáver fue provisto de una prótesis estética “para restablecer el normal aspecto del donador en respeto a su dignidad.”^{ix}

La mano es un órgano visible, además de imaginado, incluso mucho antes del trasplante. Esta diferencia va más allá del llamado asco o repugnancia”, no es sólo una cuestión de no-naturaleza de la mano transplantada. Cualquier intervención médica es no-natural en cuanto que constituye una interferencia con el orden natural, aunque sea perfectamente natural en cuanto que nosotros mismos formamos parte de ese orden.^x

Puede suceder que el discurso sobre la no naturaleza satisfaga nuestro deseo de mantener los límites dentro de los cuales nuestras elecciones tengan valor^{xi}, pero no nos dice donde se ponen estos límites. En el pasado, un argumento a favor del xenotrasplante ha sido que todos los trasplantes son no naturales y afectan nuestro sentido de integridad corporal, pero que nuestra identidad humana no reside en ninguno de nuestros órganos. “Si la esencia de la humanidad es vista como la capacidad de trascender sobre el nivel de la existencia orgánica, entonces el sentido de identidad de una persona no debería, en teoría, ser amenazado por la transferencia de órganos más allá de las barreras de la especie”, afirmó el *Nuffield Council Working Party on Xenografts*.^{xii}

Muchos pacientes receptores de órganos se dicen turbados por un sentido de extrañeza ante la idea de que parte de una persona muerta esté en el propio cuerpo.^{xiii} En principio, este problema podría resolverse por medio de una atenta valoración psiquiátrica y por medio del “counseling” del receptor. De igual manera debemos considerar la vasta función de la mano en relación con la identidad, como instrumento de trabajo, de intimidad física, de contacto con los otros, de gran habilidad concedida y obtenida por nuestra especie.

En el pasado era grande el pavor del hombre común frente a la violación de la sacralización de la muerte,^{xiv} Hoy no son pocos los hombres de ciencia que denuncian una posible violación a la sacralización de la vida por parte de una intervención como ésta, que parece poner por encima de todo la elección,

confiada directamente al paciente de la calidad de la vida con perjuicio de la duración de ésta.

Legislación y deontología

En un rápido *excursus* histórico, diremos que la legislación italiana aprobó en 1957 la extirpación del bulbo ocular y de la córnea del cadáver. En 1961 se autorizó (DPR 300 del 20.01.1961) la toma de una muestra de huesos y superficies articulares, músculos, tendones, vasos sanguíneos y sangre, nervios, piel, médula ósea, aponeurosis, dura madre; en los diez años sucesivos (DPR 1156 del 3.09.1965 y DPR 78 del 5-02.1970), fueron añadidos los riñones, el corazón, los pulmones y sus respectivas partes, la vesícula, los uréteres, segmentos del canal deferente, glándulas exócrinas y endócrinas; en 1975 (Legge n. 644 del 2.12.1975) se estableció cuáles eran las únicas partes del cadáver de las cuales estaba prohibida la toma de muestra: el encéfalo y las glándulas de la esfera genital y de la procreación. La ley n. 91/99, abrogativa respecto a la 644/75, no ha modificado después nada de la precedente respecto a la licitud de la toma de muestra y transplante de órganos. Esta presentación histórica patentiza que en Italia, ya en 1961, habría sido posible, con base en la legislación en el tema de transplantes, realizar una intervención como aquella que solamente recientemente se ha efectuado.^{xv}

Hoy, entre las cuestiones que se requiere analizar, está el concepto de salud y su tutela como los principios de autonomía del individuo y el de beneficencia. La moderna definición de salud, elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), no se limita al simple concepto de “ausencia de enfermedad”, sino que, en una acepción más amplia, entiende “como un estado de completo bienestar físico, mental y social”^{xvi}, no solamente relevando los aspectos cuantitativos de la salud (pudiendo suponer con esto eventualmente la “sobrevivencia”), sino poniendo particular atención a ella en términos cualitativos. Se viene a delinear un concepto de salud en términos no solamente orgánicos, sino también psíquicos, consiguiendo así el objetivo de resaltar todavía más el aspecto individual de la enfermedad y la imposibilidad de crear un límite neto y válido entre enfermedad y salud^{xvii}.

Por otra parte, resulta arduo conciliar los dos principios arriba dichos donde el derecho de decidir en todo aquello que nos compete y de actuar en consecuencia contrasta con la eticidad de una conducta o de un tratamiento (específicamente el acto quirúrgico médico) que tiene como requisito especial "su idoneidad para realizar el mejor interés de los sujetos a los se que dirige."^{xviii}

Los conceptos de libertad y autodeterminación en el ámbito de la integridad psico-física de la persona encuentran el límite a su aplicación precisamente en la tutela de la salud que el estado garantiza. El art. 32 y el art. 13 de la constitución entran por tanto paradójicamente en conflicto, confluyendo después por una interpretación y aclaración en el art. 5 del código civil que prohíbe aquellos actos de disposición del propio cuerpo en grado de causar disminución permanente de la integridad física o completamente contrarios a la ley, al orden público y a la buena costumbre. Hoy son numerosas las problemáticas médicas que inducen a una atenta valoración jurídica de este artículo de nuestro código: la esterilización, la eutanasia, la experimentación, el aborto y, en fin, el tema que estamos tratando, los trasplantes.

Es justo afirmar que si los derechos significan reconocimiento de un poder de autodeterminación del hombre sobre las propias elecciones esenciales, los límites a este ejercicio pueden ser puestos para el interés de otros sujetos o de la comunidad.^{xix}

Conforme a esta *perspectiva* la ausencia de intereses de terceros implica la imposibilidad de una imposición normativa en términos de bienestar, valorando como derecho, la facultad personal de alterar el propio cuerpo.^{xx}

El código deontológico del médico se apresura a afirmar que *las prescripciones y los tratamientos deben ser inspirados a actualizadas y experimentadas adquisiciones científicas también para el uso adecuado de los recursos siempre persiguiendo el beneficio del paciente y que se debe prohibir de cualquier modo todo aquello que no está científicamente probado o no soportado por una adecuada experimentación y documentación clínico-científica.*

Después del primer caso

Después de la primera operación de Lione, en Italia fueron seleccionados 14 pacientes entre un grupo de 300 y puestos en una lista de espera organizada por el centro interregional *Nord Italia Transplant (NIT)*. El ministerio de salud autorizó un estudio-piloto monocéntrico sobre cinco casos para llevarse a cabo en el centro de cirugía de la mano del hospital S. Gerardo de Monza, responsable el Dr. Lanzetta ya miembro del equipo lionés. La primera intervención en Italia fue realizada el 17 de octubre de 2000 y el 6 de noviembre de 2002 se realizó la segunda. Algún problema podría haber surgido en torno a la licitud después de concluido el estudio piloto, de la toma en cargo por parte del Ssn, de un servicio por muchos aspectos no esencial. En esta óptica el problema podría haberse resuelto por medio de una atenta selección de pacientes para incluir en la lista de espera. Los candidatos ideales deberían ser jóvenes que hayan perdido recientemente ambas manos, sobre todo si se ha comprometido también la vista. En este caso, aunque fuera de una mínima restitución de la sensibilidad, se derivaría una efectiva ventaja.

Particular atención debe ser garantizada en la comunicación con la familia sobre potenciales donadores de miembros. Al inicio de la fase experimental, ha sido encomendado a la reanimación del *NIT* participantes del programa, que proponga la donación de miembro solamente a familias que ya hayan expresado su consentimiento, informando sobre la finalidad de aquel específico trasplante y el cuidado en la recomposición de los restos mortales (en cumplimiento a la ley n. 91/99)^{xxi}. Debiera precisarse, además, que habría existido la facultad de ellos de proceder a la toma de muestra del miembro. El tema del efectivo beneficio para los pacientes, se ha sometido nuevamente a la atención general cuando la Asociación inglesa de Cirugía Estética ha anunciado recientemente que está en grado de efectuar un trasplante de cara. La noticia se ha dado a conocer públicamente en el desarrollo de un congreso de la *British Association of Plastic Surgery* y fue retomada por el diario inglés *Observer*.^{xxii}

El cirujano estético Peter Butler, ha ilustrado a los colegas el *iter* de la intervención que debería durar cerca de 16 horas y que solamente con el “completo apoyo de la opinión pública” podría tener lugar ya en el transcurso de un año y medio. Marco Lanzetta ha declarado que también en Italia se está pensando en estos trasplantes, explicando que sería “la lógica consecuencia

de un camino que hemos abierto con los trasplantes de mano y las otras intervenciones no “salvavida”, sino pensadas para mejorar la calidad de vida.^{xxiii}

En febrero de 2001, el miembro del primer transplantado fue amputado en Londres: el paciente se había rehusado a tomar los fármacos antirrechazo 60 días antes y su vida estaba en peligro. Todo el *staff* empleado en Lione está de acuerdo en atribuir la falla a la inadecuación psicológica del paciente afirmando que lo sucedido no perjudica el progreso que derivó de la intervención y los futuros programas. Una vez más, conviene poner el acento en la necesidad de una meticulosa y cuidadosa valoración del paciente para trasplante antes, durante y después de la intervención, siendo especial la capacidad de la mano para exteriorizar aquello que es más íntimo en nosotros y, al mismo tiempo, traducir en emociones el mundo externo.

Conclusiones

Una buena rehabilitación comienza primero con la intervención: en la valoración, en términos cognitivos y emotivos de la personalidad y *psiqué* del paciente, de las cualidades de su información y motivaciones, del contexto socio-familiar, de sus recursos y de las posibilidades de sostenimiento social. La post-estancia en el hospital debería desarrollarse en una “fase de maternidad”, donde la elaboración guiada por dinámicas ansiosas o depresivas potencialmente psicopatógenas, pueda favorecer la aceptación y la adhesión a las terapias. Parece esencial individualizar las correctas estrategias relacionales en grado de mediar entre médicos, paciente y familiares sea en la situación de crisis, sea por medio de programas *fellow up* después de la terminación.

Después de cuanto se ha expuesto, actualmente el trasplante de mano en un amputado unilateral nos parece éticamente poco razonable. Nuestra opinión es que no tratándose de un trasplante salvavida, se debe limitar a aquellos casos en los cuales haya un serio y motivado sustrato psicológico del paciente demostrable con adecuados coloquios médico-psiquiátricos. Hace falta estar seguros, además, de que el sujeto rechace de manera categórica el

recurso a una prótesis artificial y que al tiempo mismo del trasplante de un miembro le suponga indudable ventaja para su salud psico-física.

Ni siquiera el consentimiento de un paciente escrupulosamente informado (mientras esto sea realmente posible vistos los escasos datos estadísticos y experimentales que se tienen), a nuestro parecer puede liberar el cirujano de su responsabilidad, tanto más que cuando disfruta la fascinación intrínseca por nuevas técnicas para seducir al paciente.

Lamentando la superficialidad que ha conducido a trasplantar la primera mano en un paciente francamente contraindicado, recordamos que fundamental aparece la exigencia de que los resultados de las investigaciones sean inicialmente publicados en revistas científicas que comprueben con la misma seguridad una valoración seria. Se requiere estigmatizar la práctica del investigador que se dirige primeramente a los medios para informar los resultados sustrayéndolos a una rigurosa valoración por parte de sus pares como correctamente ha recordado el Comité consultivo Nacional de Ética inmediatamente después de la intervención de Lione.

(Medicina e Morale , 2005/4 año, LV julio-agosto 2005 p. 787-797)

¹ Lanceta M., Tai on line del Convengo nacionales: La mano dell'uomo. Trapianto e qualità Della vita". Villa <Reale di Monza. Organizzato da Rotary Internazionale. 27.2.1999; Dickenson D.- Hakim N., *Ethical issues in limb transplants*, Med. J. 1999,75.

² Merle M., *A year afyter the first hand transplantation*. Chirurgia della mano 1999, 2/3: 279-286.

³ Tamai S., *Reflections on human hand allografts*.,J. Orthop. Sci. 1999, 4(5): 325-327.

⁴ CFR. <http://www.hand-surg.org/>

⁵ Elliot C., *Doing harm, living organ donors, clinical research, and the Ruth man*, J. Med. Ethics 1995, 21:91-96.

⁶ Callahan D., *Can we return death to disease?*, in Campbell C.S., Crigge B.J. (eds), *Mercy, murder and morañity: perspective on euthanasia*, Briarcliff Mannor, New York: Hastings Center, 1989.

⁷ Foucher G., *Le figaro* 29.9.1998.

⁸ Dubernard J.M., Owen E., Herzberg G.- et Al. , *Hand transplant: 6 months report*, *Laqncet* 1999, 353: 1315-1320.

⁹ Huges J. , *Xenografting: ethical issues*, J. Med. Ethics 1998, 24:18-24.

¹⁰ Norman R., *Interfering wiyth nature*, J. Appl. Philosophy 1996, 13: 1-11.

¹¹ Nuffield Council On Bioethicism *Animal-to-human transplants: The ethics of xenotransplatation*, London: Nuffield Council, 1996: 104.

¹² Craven J. Rodin G.M., *Psychiatric aspects of organ transplantation*, New York: Oxford University press, 1992: 169-171.

¹³ Merli S., Del Vecchio S., *A further discusion on organ transplants: comparison of the Italian and European legislatio*, Riv. It. Med. Leg. 1995: 397-424.

¹⁴ Farnete A., Genovese U., *Il trapianto Della mano: aspetti medico-legali*, Chirurgia Della mano 1999, 2/3: 337-345.

¹⁵ Mariotti P., Masaraki G., Rizzi R., *I Diritti dei malati*, Milano : Giuffre, 1993 : 1-3.

¹⁶ Santosuosso A., *Informed consent*, Milano: Raffaello Cortina, 1996: 15.

Con formato: Francés (Francia)

Con formato: Español (España - alfab. internacional)

Con formato: Español (España - alfab. internacional)

¹⁷ *Ibid.* P. 17-18.

¹⁸ Gemma G., *Sterilization and civil liberties*, Riv. Trim. Dir. Proc. Civ. 1977.

¹⁹ D'adino Serravalle P., *Acts of disposing of the body and protection of the human person*, Ed. Scientifiche Italiane 1983, 15: 30.

²⁰ Artículo 12 del Código Deontológico Médico título II, Capítulo IV.

²¹ Revill J., *Health aditor Sunday Novembre 24*, The observer 2002.

²² *Cfr.* PagineMediche.It Mfl Comunicazione 29.11.2002.

²³ *CCNE Messaggio* del 6.7.1999 e *giudizio* n. 45 del 31-5.1995.

Con formato: Inglés
(Reino Unido)

Con formato: Inglés
(Reino Unido)

Con formato: Inglés
(Reino Unido)