

Bioética en el trasplante de células progenitoras y terapia celular

Alberto Olaya Vargas*

* Maestro en Ciencias Médicas. Coordinador del Programa de Trasplante de CPH y Terapia Celular del INP, Presidente del Comité de Ética del INP.

Introducción

Hoy en día, el trasplante de células progenitoras hematopoyéticas se ha convertido en una modalidad terapéutica cada vez más utilizada en un grupo de enfermedades que tienen como denominador común el poner en riesgo la vida de los pacientes. A pesar de que el desarrollo del conocimiento en las diferentes áreas de esta modalidad terapéutica nos ha permitido ofrecer trasplantes con un mayor margen de seguridad y un mayor índice de éxito, este vertiginoso avance ha traído como consecuencia un sinnúmero de dilemas éticos, sobre los cuales es importante que los grupos que se dedican o están involucrados con este tipo de terapias deben reflexionar.

Como consecuencia del desarrollo del conocimiento, tipificación, selección y conocimiento ontogénico de los progenitores celulares, hoy en día ha surgido de manera abrupta y casi sin darnos cuenta el concepto de terapia celular y medicina regenerativa, lo cual ha tomado casi por sorpresa a países como el nuestro en el que el desarrollo de la terapia celular ha surgido con mayor velocidad que la normatividad requerida para su práctica, lo que establece importantes riesgos para muchos pacientes cuando la ética no es suficiente para contener la irresistible tentación de su aplicación sin ninguna restricción o reglamentación.

Bases conceptuales de la bioética

El término *bioética* fue utilizado por primera vez por Van Rensselaer Potter como propuesta de una nueva disciplina que sirviera como puente entre dos cultu-

ras: la científica, en torno a la vida y al medio ambiente, y la humanista, centrada en la ética.⁶

Aunque no existe una sola manera de definir a la bioética, la Enciclopedia de Bioética de 1978 la define como «el estudio sistemático de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales». ¹ En la tercera edición de la enciclopedia, esta definición se amplía a los siguiente: «El estudio sistemático de las dimensiones de la moral, incluyendo la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un contexto multidisciplinario». ²

La bioética ha evolucionado hacia un movimiento internacional que abarca los aspectos tradicionales de la ética médica, la ética ambiental, los debates sobre los derechos de las futuras generaciones, el desarrollo sostenible, etc. ³ La bioética es una instancia de juicio práctico que se ejerce en circunstancias concretas y a la que se le asigna una finalidad práctica a través de diferentes formas de institucionalización. ⁴ La bioética se concibe como un campo interdisciplinario de especialistas y como un movimiento social y cultural de los ciudadanos. Es un área de conocimiento que se refiere a la moralidad de las nuevas formas de nacer, morir, curar y cuidar. ⁵

Dentro de la bioética, la corriente principialista es una de las aproximaciones teóricas directamente relacionadas con el desarrollo de la disciplina. En el centro de la misma se encuentran los principios ampliamente conocidos que se han retomado en la mayoría de los documentos éticos y normativos.

Entre ellos, el más conocido es el Informe Belmont, elaborado por la Comisión Nacional para la Protección de Personas Objeto de la Experimentación Biomédica y de la Conducta (1978).⁶

Dicho Informe expresó los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia. Posteriormente, estos principios fueron ampliados y aplicados para la ética biomédica por Beauchamp y Childress. Son los siguientes:⁷

1. Respeto por la Autonomía.
2. Beneficencia.
3. No Maleficencia.
4. Justicia.

En general, todas las acciones de salud deben regularse por normas a nivel nacional e internacional basadas en principios éticos que proveen una estructura para realizar análisis y tomar decisiones. En ellas se enfatiza que el personal de salud debe proteger la dignidad, los derechos, la seguridad y el bienestar de los pacientes. También se establecen pautas para evaluar y equilibrar los beneficios y riesgos de las intervenciones con un énfasis en el deber de maximizar los beneficios sobre los riesgos.

Bioética y trasplante de CPH y terapia celular

En base a los conceptos analizados en los párrafos anteriores se entiende inmediatamente que en caso del trasplante de CPH y terapia celular aparecen inmediatamente tres vertientes principales sobre los cuales los grupos de profesionales involucrados en esta área deben de enfocar sus esfuerzos.

- A) El receptor.
- B) El donador.
- C) La colección, conservación y disposición final de los progenitores, cualesquiera que éstos sean.

El receptor

Desde el punto de vista práctico, el receptor de un trasplante de CPH debe ser el más beneficiado del procedimiento; por definición, él cursa con una enfermedad que por sí sola pone en riesgo su vida; sin embargo, como bien sabemos, el trasplante no es un procedimiento inocuo, inclusive en manos de los mejores expertos y sus expectativas de curación no son infalibles, inclusive en muchas ocasiones pueden exis-

tir otras estrategias de curación que ofrezcan mejores expectativas de curación que el trasplante mismo; o viceversa: pueden existir ocasiones en las que el trasplante no ofrezca ninguna expectativa de curación y se pueda convertir en una conducta de ensañamiento terapéutico.

Estas grandes disyuntivas han obligado a que en los centros en los que se realiza trasplante de CPH y de acuerdo a la normatividad internacional la discusión de estas disyuntivas no pueden realizarse por un solo individuo, por lo que los centros deben contar con un comité multidisciplinario que pondere y discuta de manera racional y profesional sobre el sustento de la evidencia científica y los principios de la bioética la factibilidad, la beneficencia y la no maleficencia de someter al paciente a un trasplante de CPH. Aun en fase de investigación clínica, esta decisión deberá estar apegada a tales principios.

El donador

Supongamos que tenemos un paciente de 18 años de 100 kg de peso, con una leucemia aguda de muy alto riesgo y que después de un gran esfuerzo ha entrado en remisión. Es un candidato para ingresar a un programa de trasplante de células progenitoras, y cuenta con un donador HLA idéntico: su hermano, de tan sólo 5 años, que pesa 18 kg de peso. Si nos basáramos en un enfoque utilitario de este caso, lo lógico sería pensar que el paciente tiene una enfermedad maligna que pone en riesgo su vida y que la indicación que ofrece una mayor expectativa de supervivencia para el paciente es someterlo a un trasplante con células obtenidas de su pequeño hermano; pero ahí debe de ingresar la disertación ética: ¿quién corre mayores riesgos, el donador quien tendrá que someterse a un procedimiento intenso para lograr la dosis celular adecuada para trasplantar a nuestro paciente o el paciente mismo? Sobre la base del principio de no maleficencia, uno debería evaluar que someter a un alto riesgo de complicaciones que inclusive pone en riesgo la vida del donador sano, no justifica el suprimir totalmente la oportunidad de supervivencia del paciente. La pregunta debe responderse buscando una alternativa de solución que ofrezca a ambos el mayor beneficio con los menores riesgos posibles.

Una solución al caso anterior sería buscar un donador alternativo para nuestro paciente; posiblemente un trasplante de dos unidades de cordón en el cual ambos tengan los mayores beneficios.

Es importante entender que tanto el donador como el receptor establecen expectativas y una serie de sentimientos alrededor de su donación, de los cuales deberemos estar pendientes. El donador no es sólo un proveedor de células, y de la misma forma en la que nos ocupamos de la integridad emocional de nuestro paciente debemos hacerlo de su donador.

La colección, conservación y disposición final de los progenitores, cualesquiera que éstos sean

Si bien el tejido hematopoyético es uno de los más nobles de la economía del organismo, ya que aquel donador vivo, relacionado o no, que participe de la donación de sus progenitores, tendrá la gran ventaja de que con el transcurso de unos días su tejido hematopoyético se encargará de restituir de manera autónoma su donación. Inclusive la sangre de cordón umbilical era considerada anteriormente un producto de desecho.

Esto no exime a los profesionales del campo del trasplante y de la terapia celular a realizar la colección, conservación y disposición final de los progenitores hematopoyéticos de manera responsable, apegado a conductas éticamente correctas y por supuesto apegado a la normatividad nacional e internacional que para estos fines existe, ya que no es infrecuente que esto se preste a conflicto de interés.

De este tema se han desprendido dos grandes controversias que a continuación se discutirán: por un lado la colecta y criopreservación de células progenitoras hematopoyéticas de sangre de cordón umbilical de forma autóloga y el uso de progenitores para terapia celular.

Sobre esta base, el donador siempre tendrá derecho a conocer cuál es el objetivo de la donación, cuál será el fin último para el que serán utilizados, su derecho al respeto de su identidad, la gratuidad de su donación y en el caso de que los progenitores celulares tengan fines de investigación esto siempre deberá

aclararse y si existe la intención de obtener o realizar manipulación del material genético que de ellas se obtenga el donador tiene el derecho a saberlo y en el caso de no estar de acuerdo con el uso del material genético de su producto sanguíneo siempre tendrá el derecho de negarse a participar de esta parte de la investigación.

Conclusión

En conclusión, el trasplante de progenitores y la terapia celular deberán ser estrategias de tratamiento que de manera irrestricta deben estar apegadas a la normatividad vigente a nivel nacional e internacional; además, los profesionales que trabajen dentro de esta área de la profesión médica deberán de ejercer un alto sentido de la bioética, siempre respetando sus principios básicos y ejercitando siempre las buenas prácticas clínicas.

Referencias

1. Potter VR. Bioethics, the science of survival. Perspectives in Biology and Medicine. 1970; 14: 127-153.
2. Encyclopedia of Bioethics. New York, McMillan Free Press, 1978; I: XIX.
3. Encyclopedia of Bioethics. Stephan G. Post (Ed). New York, McMillan Thomson Gale, 3rd. ed., 2004; I: XI.
4. Lolas, F. Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida, Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1998.
5. Drane FJ. What is Bioethics? A history In: Interfaces Between Bioethics and the Empirical Social Sciences F. Lolas and S. L. Agar C. Ed. Regional Program on Bioethics OPS/OMS Publication Series, 2002: 15-32.
6. Informe Belmont. <http://www.cnbmexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>.
7. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics, Oxford, Oxford University Press, 2001.

Correspondencia:

Alberto Olaya Vargas

E-mail: olaya@yahoo.com.mx