

Carnés de donante y registros de voluntades de donación

N. R. Robles, J. F. Espárrago y M. I. Domínguez Trisancho

Coordinadores de Trasplante. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Probablemente el momento más delicado psicológicamente de las alarmas de extracción sea la información a la familia del posible donante y la solicitud de conocimiento acerca de la voluntad de éste. En general, es muy difícil encontrar pacientes que en el instante de producirse esta situación posean algún documento que atestigüe fehacientemente su voluntad favorable o contraria a la cesión de sus propios órganos para trasplante. De hecho, tomando datos de la provincia en que nosotros desarrollamos nuestra actividad, apenas existen 4.343 donantes con carné entre dieciséis y sesenta años, sobre una población superior a las 600.000 personas; esto significa que solamente se conoce de forma real la intención de un 0,7 % de la población total, comparativamente, hasta un 25 % de la población de Estados Unidos posee carné de donante¹. Si ajustamos este número a la cifra de donantes del último año², siete, la posibilidad de que una persona con carné de donante sea donante real resulta inferior a uno entre 100.000.

Se pueden considerar tres actitudes de encuesta respecto al consentimiento en vida para la donación posmortem: 1) Encuesta sistemática en el momento de ingreso o consulta hospitalaria por cualquier causa. 2) Petición de consentimiento familiar una vez se ha realizado el diagnóstico de muerte cerebral o ésta parece probable. 3) Presunción del consentimiento del donante ya fallecido, salvo constancia documental de negativa en vida.

La legislación española sobre trasplantes, redactada en 1979, ha sido considerada habitualmente como un instrumento de progreso, destinado a favorecer la donación de órganos. El aspecto más característico e innovador de la ley, destinado a aliviar las trabas que pudieran entorpecer las extracciones, fue la presunción de consentimiento. Es decir, se asume que, salvo constatación de la negativa en vida del posible donante, la actitud de éste era positiva hacia la extracción y, por tanto, ésta puede realizarse con independencia de la voluntad familiar. El

Reino de España no es el único estado que mantiene leyes de este tipo; varios países europeos, como Francia, Suiza o Suecia, entre otros³, participan de la misma filosofía jurídica. Sin embargo, no se ha demostrado estadísticamente que los países con este tipo de legislación consigan tasas de donación superiores al resto³.

De hecho, la presunción de consentimiento por encima de la voluntad familiar nunca ha sido aplicada en nuestro hospital, no parece que se aplique de forma generalizada y sólo ocasionalmente en algunos hospitales españoles se ha seguido la ley al pie de la letra. De hecho, esta situación parece ser similar a la francesa, donde hasta el 50 % de los centros inquieran la voluntad familiar al respecto⁴. Además, los indudables aumentos en las tasas españolas de trasplante en los últimos años podrían quizás atribuirse más a la mejora (cuando no creación *de novo*) de sistemas de coordinación hospitalaria y extrahospitalaria de extracción y trasplante, como al apoyo popular secundario a la divulgación de estas necesidades. Volviendo sobre los datos de que disponemos en nuestra provincia, como puede verse en la figura 1, el número de preconsentimientos registrados fue máximo en 1986, coincidiendo con un año especial en cuanto a número de trasplantes y presión publicitaria de esta modalidad terapéutica, descendiendo rápidamente en años posteriores, como lo ha hecho la cifra de trasplantes⁵⁻⁷ (fig. 2).

Como puede verse, en 1989 se observa una franca recuperación en ambos aspectos y, en lo que va de 1990, nos hallamos ya muy cerca del resultado correspondiente al año 1986. Nuestra impresión personal es que éste ha sido un año de gran presión social al respecto y sus consecuencias se hacen ya evidentes. De hecho, este año hemos conseguido en nueve meses un número mayor de donaciones que en todo el año previo, con un significativo descenso de las negativas familiares a donar (fig. 3).

Por otra parte, si el efecto de los grandes medios de comunicación en la «aldea global» puede ser decisivo, no debería descuidarse la acción limitada, pero quizá efectiva, de los agentes sanitarios en comunidades más pequeñas. Volviendo de nuevo a los datos que poseemos, aproximadamente el 2 % de los médicos de Badajoz poseen carné de donante. Un porcentaje similar, aunque algo mayor (3 %), corresponde a las enfermeras,

Correspondencia: Dr. N. R. Robles Pérez.
Sección de Nefrología.
Hospital Regional Infanta Cristina.
Ctra. de Portugal, s/n.
06080 Badajoz.

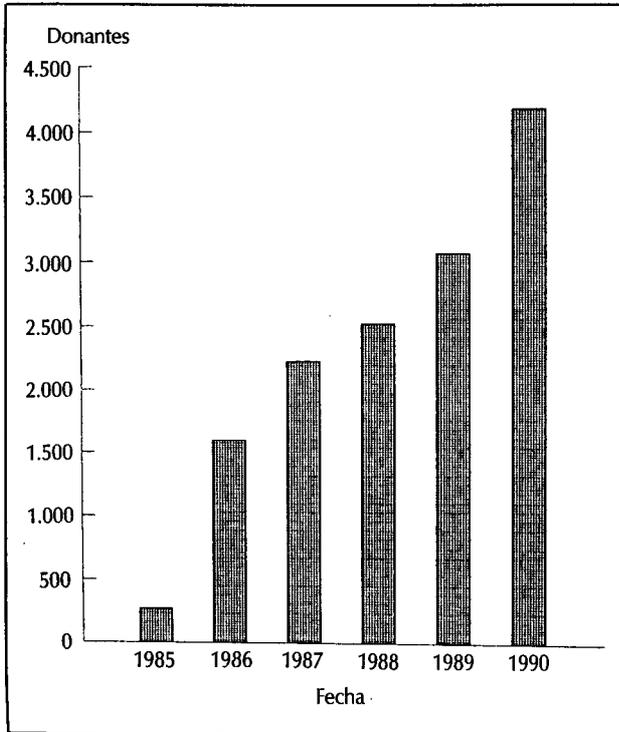


Fig. 1.—Número acumulado anual de donantes.

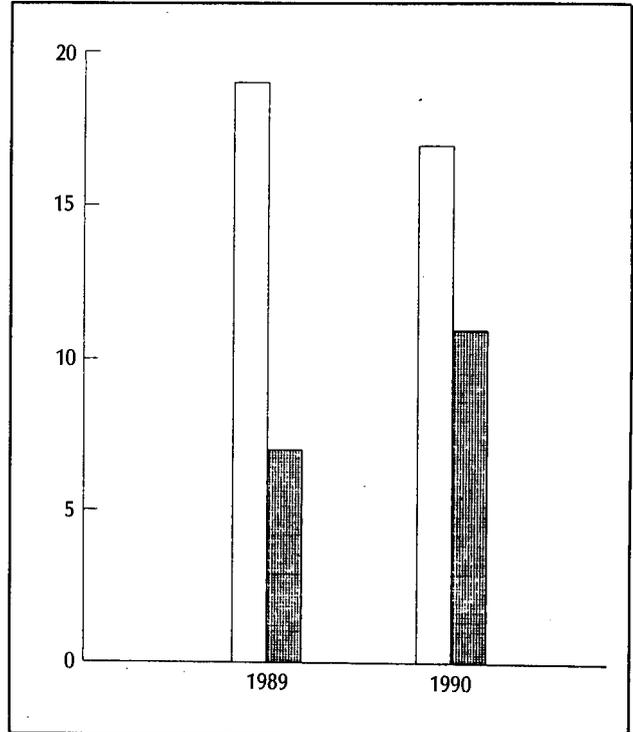


Fig. 3.—Alarmas de donación y donantes reales.

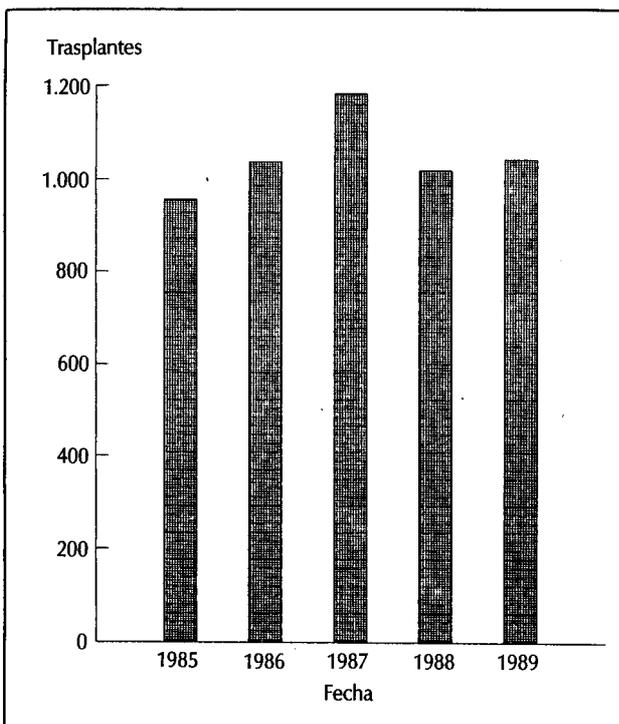


Fig. 2.—Número anual de trasplantes.

cuyo mayor espíritu de colaboración merece sin duda un aplauso y debería servir de estímulo a los técnicos superiores. Pero, aun cuando su grado de motivación es mayor que el correspondiente a la población general, éste no puede ser en manera alguna satisfactorio. La comparación con los Estados Unidos puede ser especialmente desalentadora: en Tennessee, el 35 % de los médicos han firmado carnés de donante de órganos⁸. Probablemente cierto grado de desidia y la inexistencia de lugares u organismos perfectamente identificados para registrar la voluntad de donación sean culpables de la situación. Hagamos una pregunta indiscreta: ¿Cuántos coordinadores de trasplante poseen el carné de donante de órganos?

Nuestra ley bienintencionada y teóricamente perfecta puede haber tenido algunos resultados contrarios al espíritu con el que fue creada. Su resultado final es que, pese a todo, la decisión sobre donación o no la toma el familiar más cercano cuando llega el momento y la actitud del enfermo es desconocida o, aún peor, irrelevante. El único documento que la ley pide al enfermo es aquel que acredite su negativa; encuestas muy limitadas de actitud social en Inglaterra⁹ sugieren que los impresos para rehusar donación son la fórmula peor aceptada por la población general. Además, nunca se ha introducido un método efectivo y sistemático para recoger estas negativas, salvo los polvorientos (por falta de uso) libros de registro de los hospitales. Podemos ir más allá:

si no se ha procurado un registro real de personas contrarias a la donación, mucho menos se ha trabajado por conseguir un archivo de voluntades de donación de vida. La consecuencia es que solamente la casi heroica actividad de algunas asociaciones de enfermos renales ha buscado este objetivo, con actitud entusiasta sin duda, pero con resultados pobres desgraciadamente, como hemos expuesto sintéticamente más arriba.

Vale la pena agradecer desde aquí a ALCER-Badajoz (y en general a todas las sociedades semejantes que existen a nivel nacional), de quien proceden los datos que estamos utilizando, su esfuerzo intenso, que desafortunadamente no se corresponde a su resultado real. Especialmente si tenemos en cuenta que las actitudes voluntaristas pueden ver un donante en quien de ninguna manera puede serlo. De hecho, la lista original de donantes que recibimos incluía 5.071 nombres, pero el 15 % de éstos (628) hubo de ser desechado por diversas razones, siendo la más importante la edad del teórico donante.

En un número importante de casos, el poseedor del carné no era vecino de la provincia de Badajoz y, desgraciadamente, su actitud positiva es absolutamente desconocida en su propia localidad. Esto nos lleva a otro punto importante: desconocemos el registro de donación de cualquier otra provincia, un ejemplo cercano sería Cáceres, y la viceversa es igualmente real. No sólo esto: dentro de la misma ciudad, los diferentes hospitales de la red sanitaria carecen de la coordinación para llevar adelante un sistema de registro único actualizado. El panorama no parece demasiado estimulante.

Creemos que algunas propuestas positivas pueden ser extraídas de nuestros datos. La primera es la necesidad de crear un mecanismo eficaz de registro, informatizado y centralizado, de la actitud de los ciudadanos, de cada ciudadano, ante la donación de órganos posmortem. Este registro debería ser llevado de forma estricta e incluir exclusivamente a aquellas personas realmente susceptibles de donar en una situación infortunada. Este deseo podría ser efectivo sobre la base de tomar constancia de esta voluntad en el momento de obtener algún documento oficial de los muchos a que nuestro estado nos obliga: documento nacional de identidad, cartilla de la Seguridad Social y permiso de conducir parecen los más idóneos, especialmente si estos documentos son provistos en un futuro cercano de la capacidad de incorporar algunas informaciones complementarias para uso informático.

Segundo: es imprescindible mantener una presión publicitaria constante sobre la opinión pública por todos los medios. La presunción de consentimiento parece absolutamente ineficaz por sí sola como medio de incrementar el número de donaciones.

Tercero: esta inducción debería realizarse también a través de los profesionales sanitarios, para lo cual sería conveniente facilitarles de forma personalizada los carnés de donante; incluso sería deseable que dispusieran de un diploma más para adornar sus consultas, el cual podría conllevar un secundario efecto estimulante para el resto de la población.

Aunque hayamos creado una panoplia indudablemente efectiva de instrumentos destinados a la obtención de órganos para trasplante, podemos todavía encontrar formas de mejorar nuestro sistema contando con la colaboración de todos y manteniendo una autoevaluación constante en todos sus extremos.

Agradecimientos

Los autores agradecen a ALCER-Badajoz, y especialmente a don Melchor Trejo, don Melquiades Alvarez y don José Luis Garrón, por su colaboración en la obtención de los datos utilizados.

Bibliografía

1. Ewans RW: Organ donation: Facts and figures. *Dial Transplant*, 19:234-237, 1990.
2. Cubero JJ, Robles NR, Espárrago JF y Sánchez Casado E: Donaciones de órganos: ausencia de comprensión social. *Nefrología*, 10:212, 1990.
3. McDonald FD: Organ donation: New issues, new controversies. *Dial Transplant*, 19:238-239, 1990.
4. Benoit G, Spira A, Nicoulet I y Moukarzel M: Presumed consent law: Results of its application/outcome from an epidemiologic survey. *Transplant Proc*, 22:320-322, 1990.
5. García García M y Vallés M: Informe anual del registro de pacientes en diálisis y trasplante en España (1986). *Nefrología*, 8 (supl. 2):1-11, 1988.
6. Matesanz R: La Organización Nacional de Trasplantes y el trasplante renal en España. *Nefrología*, 10:10-14, 1989.
7. Organización Nacional de Trasplantes: Relación de trasplantes renales realizados en España. Años 88-89. *Nefrología*, 10:221-222, 1990.
8. Gaber AO, Hall G, Phillips DC, Tolley EA y Britt LG: Survey of attitudes of health care professionals toward organ donation. *Transplant Proc*, 22:313-315, 1990.
9. Niad HN y Banks RA: Recording patients views on organ donation: when to ask them and how recording the answer. *Br Med J*, 301:155, 1990.