



## Trasplante hepático con donante vivo. ¿Por qué hay controversia?

### Sr. Director:

En el pasado número de diciembre de CIRUGÍA ESPAÑOLA se publicó un editorial del Dr. Fernando Pardo sobre las problemáticas del trasplante hepático con donantes vivos<sup>1</sup>. Son muchos los conflictos éticos relacionados con la donación entre vivos pero, sin duda, hay 2 núcleos centrales de conflicto en el caso del trasplante hepático: la posibilidad real de muerte del donante y las deficiencias en el proceso de información y consentimiento informado.

Como muy bien señala Fernando Pardo en su editorial, la seguridad del donante es una de las controversias más polémicas en el contexto de la donación con vivos, especialmente cuando el trasplante hepático se realiza entre adultos al precisarse de una hepatectomía derecha para la obtención del injerto. La trascendencia del fallecimiento de un donante debe situarse en 2 contextos; el primero pertenece a su dimensión humana, ya que una persona sana fallece a causa de una intervención totalmente inútil para ella; segundo, ya en una dimensión social, la difusión de este acontecimiento a través de los medios de comunicación repercute negativamente en cualquier programa de trasplante hepático. Esta última consideración no es una conjetura, al contrario, la comunidad quirúrgica norteamericana la ha vivido de cerca durante los últimos tiempos en la persona de Michael Hurewitz, un periodista norteamericano que falleció el 13 de enero de 2002 en el Hospital Mount Sinai, uno de los centros con mayor experiencia mundial en el trasplante con donantes vivos. Al tercer día de ser intervenido para donar parte de su hígado a su hermano, presentó un empeoramiento de su estado que le condujo a la muerte. El hospital fue declarado culpable de 18 deficiencias en su proceso asistencial y tuvo que suspender su programa de trasplante durante 6 meses. Pero la factura más cara la ha pagado la sociedad norteamericana, que ha visto cómo se ha reducido drásticamente la oferta de injertos provenientes de la donación en vivo. Este hecho nos obliga a reflexionar sobre la seguridad del donante en esta

modalidad técnica; quizá sean necesarias las propuestas de algunas comisiones de restringir esta técnica a los equipos de excelencia con larga experiencia en hepatectomías y trasplante hepático, así como proponer la obtención de una acreditación por parte de un organismo externo.

Cuando los medios de comunicación se hacen partícipes de esta discusión, las consecuencias pueden acarrear daños irreparables a los programas de trasplante. En el caso Hurewitz, la esposa del fallecido comunicó públicamente que su marido no había sido informado de las posibilidades reales de muerte y por ello solicitó insistentemente la supresión de estos programas de donación en vivo. Este hecho nos conduce al segundo conflicto ético que mencionábamos al inicio, la baja calidad del proceso informativo. En efecto, la piedra angular de la donación en vivo radica en la información al donante y el receptor. El donante debe conocer las repercusiones clínicas (morbilidad, mortalidad), físicas, psicológicas, sociales y laborales del acto de donación, y debe disponer siempre de tiempo suficiente para la toma de decisión. Por su parte, el receptor debe conocer quién es el donante, así como información referente a su situación personal, social, económica y laboral, para que conozca la repercusión real de la donación. Nuestras leyes establecen que debe ser el comité asistencial de ética el responsable de emitir un informe preceptivo con objeto de garantizar que la donación del donante es libre, informada, consciente y vo-

luntaria; pero, sin duda, la calidad del proceso informativo recae en el equipo trasplantador, al ser el encargado de garantizar la mejor información para donante y receptor. Es ésta también un área de conflicto y en la mente de todos están las dimisiones de varios miembros del comité asistencial de ética de un hospital español tras no encontrar solución a las discrepancias con el equipo trasplantador. Estas diferencias hacen necesaria la puesta en marcha de protocolos consensuados donde se establezcan los criterios de inclusión, los contenidos de la información y los plazos en los que deben desarrollarse las tomas de decisión con objeto de garantizar la autonomía del donante para la toma de una decisión tan trascendente para él y el receptor.

La información es salud. Si duda, la buena marcha de los programas de trasplante hepático con donantes vivos se beneficia de un correcto proceso informativo y del consenso alcanzado entre comités de ética y equipos trasplantadores.

**Benigno Acea**

Comité Asistencial de Ética. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

## Bibliografía

1. Pardo F. Trasplante hepático de donante vivo. *Cir Esp* 2003;74:305-7.