

Artículo de revisión

La evaluación psicosocial de un donante vivo de riñón



Manuel Torres-Gutiérrez

Médico Psiquiatra, Jefe Grupo de Salud Mental, Colombiana de Trasplantes, SAS, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de julio de 2016

Aceptado el 4 de enero de 2017

On-line el 21 de febrero de 2017

Palabras clave:

Trasplante renal

Donante vivo

Evaluación psicosocial

RESUMEN

La decisión de convertirse en donante vivo de riñón suele ser conflictiva. Generalmente se cree que el candidato conoce sus motivos, que es consciente de ellos, que ha pensado largamente su decisión y hasta ha consultado sobre ella. Sorprende corroborar que —en muchos casos— solo tiene una conciencia vaga, más bien oscura, de sus razones y de la validez de ellas. Otras veces ha tomado una decisión impulsiva, guiado por sus afectos, y se ha confiado a su suerte y/o a su fe. Y, otras más, viene indeciso, presionado por diversas circunstancias. La evaluación de salud mental debe ayudarle a poner sus motivos en claro, es decir, a hacerlos conscientes, a verbalizarlos. Debe permitirle analizarlos y afirmarse en su decisión o arrepentirse de ella. Es decir, debe ser una experiencia positiva, que enriquezca la decisión, la madure o la descarte. Y debe dejar al candidato la sensación interior de haber recibido ayuda para tomar la mejor decisión posible en su caso.

La evaluación psicosocial debería ser la primera de varias valoraciones a las que debe someterse un candidato, porque una decisión bien tomada es requisito para realizar un proceso adecuado. El autor revisa las condiciones en que debe desarrollarse la entrevista, los requisitos que debe cumplir la decisión y las técnicas apropiadas para obtener la información indispensable.

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Psycho-Social Evaluation of a Living Kidney Donor

ABSTRACT

The decision to become a living kidney donor is full of conflicts. It is generally believed that the candidates are aware of their reasons, that they have thought long about it, and have even asked questions about it. Thus it is surprising that, in many cases, they are only vaguely aware of their reasons and their validity. Sometimes, it is an impulsive decision guided by their emotions and entrusted to their luck or faith. Sometimes, they are undecided and put under pressure due to various circumstances. The mental health assessment should

Keywords:

Kidney transplantation

Living donor

Psycho-social evaluation

help to clarify their reasons, and to put them into words. It should be a positive experience, enriching their decision. It should give the candidate the inner feeling of having received help for taking the best decision.

The psychosocial evaluation should be the first of multiple assessment ratings that the living kidney donor must face. A well-taken decision is a requirement to start the process properly. The author reviews the conditions in which that interview should be developed, the requirements to be met by the decision, and the proper techniques to obtain accurate information

© 2017 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El trasplante renal es considerado hoy el mejor tratamiento para la insuficiencia renal crónica terminal. Sin embargo, un número relativamente alto de pacientes permanecen en diálisis y las listas de espera crecen cada año¹.

Ciertamente hay limitaciones para que las aseguradoras autoricen el procedimiento, pero el factor limitante principal es la disponibilidad de órganos. Estos pueden provenir de un donante vivo o de un donante fallecido. Este último parece deseable porque ahorra los riesgos a otro ser humano. Pero las exigentes condiciones del recobro hacen que sea difícil disponer de un número adecuado. Cuando se compara el número constante (y, a veces, descendente) de donantes fallecidos con la cifra siempre creciente de pacientes en las listas de espera, resulta evidente que la oportunidad de recibir uno se está alejando para la mayoría de los pacientes¹.

Por fortuna, la idea de donar un órgano en vida viene encontrando cada vez mayor aceptación. Tal vez la principal razón para que esta idea esté en ascenso sea la mejora en los criterios médicos de evaluación del candidato (que son cada vez más claros y certeros) y en las técnicas quirúrgicas de nefrectomía, cada vez más seguras y con mejores resultados (incluido el aspecto estético). Las dos cosas han hecho surgir una percepción general de ausencia de perjuicio y de bajo riesgo que irradia lentamente desde los equipos médicos hasta la población general. No es imposible que, además, haya mejorado la disposición del ciudadano promedio a esta forma específica de solidaridad. Lo cierto es que cada vez hay más candidatos a donante vivo. Y, sobre todo, han aumentado (relativamente) los candidatos no relacionados biológicamente con el receptor (cónyuges, parejas del mismo sexo, parientes políticos, amigos y hasta personas con motivaciones inusuales).

Por supuesto, debemos saludar como muy positiva esta actitud. Sin embargo, trae aparejados nuevos riesgos psicosociales que hay que detectar. Las mujeres en general –y en particular las esposas– suelen ser generosas con sus parejas². Esa generosidad puede impedirnos detectar la existencia de presiones indebidas que el marido enfermo podría ejercer aprovechándose de la frecuente dependencia económica de ella. La decisión de apoyar a una pareja homosexual puede ser perfectamente legítima, pero es frecuente que el donante oculte sus razones por temor a la censura y eso impida analizarlas adecuadamente. El vínculo afectivo que une, a veces, a parientes políticos y amigos íntimos entre sí puede ser una motivación adecuada y suficiente. Pero no es infrecuente que

el comercio de órganos se disimule tras de ciertas declaraciones de amistad que, para el entrevistador, son difíciles de probar o descartar. El altruismo en abstracto (hacia desconocidos, por ejemplo) es una admirable postura humana, pero no debería cegarnos para reconocer detrás la eventual existencia de presiones económicas sobre ciudadanos necesitados o la manipulación de personas ingenuas. En suma, cada vez aumentan los candidatos y, sobre todo, aquellos con motivaciones no usuales. Y la evaluación psicosocial debe afinar su capacidad para favorecer las motivaciones legítimas y descartar las que no lo son.

La entrevista

Casi todos los equipos de trasplante incluyen una evaluación psicosocial de sus candidatos a donante vivo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) consagra esa necesidad en los comentarios al principio N.º 3 de su declaración de Principios Rectores sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos³. La evaluación de salud mental —como la de nefrología, la del cirujano, la del anestesiólogo y todas las otras que el equipo de trasplante considere necesarias— va encaminada a corroborar que la decisión de donar justifica el riesgo que el candidato asume.

La donación de un órgano es una decisión voluntaria. El candidato es el dueño de su cuerpo y tiene derecho a disponer de él, dentro del marco de la legislación vigente. Suele creerse por eso que el candidato conoce sus motivos para ser donante (que es consciente de ellos), que ha pensado largamente su decisión y hasta ha consultado sobre ella. Sorprende, corroborar que en muchos casos solo tiene una conciencia vaga, más bien oscura, de sus razones y de la validez de ellas. Otras veces ha tomado una decisión impulsiva, guiado por sus afectos y se ha confiado a su suerte y/o a su fe. Y, otras más, viene indeciso, presionado por diversas circunstancias. La evaluación de salud mental debe ayudarle a poner sus motivos en claro, es decir, a hacerlos conscientes, a verbalizarlos. Debe permitirle analizarlos y afirmarse en su decisión o arrepentirse de ella. Es decir, debe ser una experiencia positiva, que enriquezca la decisión, la madure o la descarte. Y debe dejar al candidato la sensación interior de haber recibido ayuda para tomar la mejor decisión posible en su caso.

Esta entrevista debería ser la primera de las muchas que un candidato debe tener. Una decisión bien tomada es el primer requisito para que el resto del proceso pueda fluir. Debe ser realizada por un psiquiatra que esté integrado al equipo de

trasplantes. Integrado significa que debe conocer las fases y los requisitos del proceso, pero también que debe haber tenido presencia y responsabilidades en el trasplante, de manera que conozca teórica y vivencialmente las tensiones, los riesgos, las ventajas y los resultados de este proceso.

El entrenamiento profesional de los psiquiatras suele acosumbrarles a buscar y proporcionar las exigentes condiciones en que puede desenvolverse adecuadamente una entrevista de este tipo. Son cinco: tiempo, privacidad, intimidad, calidez y sinceridad:

- La entrevista requiere tiempo. Se trata de entender los motivos del donante y ayudarle a ponerlos en claro. A veces esto constituye una tarea lenta y difícil. Muchos pacientes no encuentran las palabras para expresarlos. Otros creen que, dado lo generoso de su oferta, el equipo médico está en la obligación de aceptar sin preguntar más (suponen que la decisión es unilateral). Se requiere paciencia y experiencia para convencerlos de la necesidad de expresarlos y para conducirlos a su búsqueda. Eso toma por lo menos una hora. Este tiempo coincide con la duración habitual de una entrevista psiquiátrica.
- La entrevista debe transcurrir a solas con el donante. No es sólo un modo de evitar las presiones indebidas. El candidato puede estar asustado o sentirse indeciso, y debe sentir que puede plantear sus preocupaciones y sus dudas en privado. A veces es necesario reafirmarle el compromiso de confidencialidad propio de las entrevistas psiquiátricas. Se puede aceptar, ante la insistencia del donante, que haya una persona de su confianza (esposa, hijo, amigo), pero nunca la presencia de su receptor o de cualquier otra persona allegada a este (y presuntamente favorable a la decisión positiva).
- La intimidad es un requisito esencial de la entrevista. El entrevistador debe generar confianza. El candidato debe tener la sensación de estar siendo oído y comprendido en sus razones profundas.
- Calidez, es decir, amabilidad, paciencia, tolerancia y comprensión. Son características que un buen clínico ofrece siempre como única contraprestación posible a la actitud que espera del entrevistado: sinceridad. Cuando esta falla (es decir, cuando evidenciamos que el candidato miente y oculta), es difícil mantener la actitud cálida y respetuosa. Precisamente allí se mide mejor la pericia del clínico.

Las condiciones de la decisión

La decisión de donar un órgano debe cumplir varios grupos de requisitos. Debe ser:

- Legalmente correcta.
- Éticamente aceptable.
- Psicológicamente madura.

La evaluación psicosocial (en particular si es la primera de todo el proceso) es la oportunidad ideal para corroborar el respeto y cumplimiento de los tres grupos de requisitos: legales, éticos y psicológicos, y el psiquiatra es el profesional más adecuado para hacerlo.

Los requisitos legales

En Colombia, los requisitos legales están consignados con claridad en las leyes 9 de 1979, 73 de 1988 y 919 de 2004 y en los decretos y resoluciones reglamentarios (2363 de 1986, 1546 de 1998 y, especialmente, el 2493 de agosto de 2004)⁴. Los aspectos directamente pertinentes a la valoración psiquiátrica del candidato a donante son tres:

- Que goce de plenas facultades mentales. La entrevista debe descartar limitaciones cognoscitivas (retardo mental, deterioro cognoscitivo o demencia), grave afección emocional (depresión, ansiedad), otros trastornos mentales (psicosis, trastorno facticio) o trastornos graves de la personalidad que le impidan comprender plenamente su decisión.
- Que la decisión sea altruista. El entrevistador debe asegurarse de que no medien motivos distintos del deseo de ayudar al receptor ni intervengan acuerdos de beneficio económico o motivos ocultos. El principio N.º 5 de la Declaración de la OMS señala con razón: «El pago por células, tejidos y órganos tiende a aprovecharse injustamente de los grupos más pobres y vulnerables, socava la donación altruista y alienta el lucro incontrolado y la trata de seres humanos. Esos pagos transmiten la idea de que algunas personas carecen de dignidad, de que son meros objetos que los demás pueden utilizar».
- Que el donante esté informado. La legislación de la mayor parte de los países de América Latina exige un consentimiento informado expreso, escrito, con un término mínimo entre la firma del documento y la extracción del órgano⁵. En Colombia se exige, además, declaración juramentada ante notario público⁶. La mayor parte de los equipos tienen una o varias reuniones educativas a las que el candidato debe asistir antes de firmar el consentimiento informado. El entrevistador debe corroborar que el candidato ha recibido información oportuna y adecuada (comprendible) sobre sus riesgos y sobre las implicaciones de su decisión para su salud general y que se le han precisado las que corresponden a su salud psíquica y a su vida futura (incluidas las modificaciones eventuales de su proyecto de vida).

Los requisitos éticos

Son cuatro:

- Autonomía. Es «la regulación personal de uno mismo, libre, sin interferencias externas que pretendan controlarlo y sin limitaciones personales que impidan hacer una elección»⁷. La bioética considera que un individuo normal, debidamente informado, es capaz de tomar decisiones sobre su salud y sobre los procedimientos médicos que le ofrezcan, y que esa decisión debe ser respetada por encima de la opinión de su médico. «Respeto a las personas» llamó el Informe Belmont⁸ a este principio. La evaluación psicosocial debe: respetar (no interferir con, no oponerse a) su decisión de ser donante, garantizar que reciba la información adecuada y proteger a los sujetos con autonomía restringida (perturbación mental, inmadurez o circunstancias restrictivas de la libertad). En el tema específico de donantes vivos hay que tener siempre presente que

las amenazas a la autonomía no vienen principalmente del médico, sino —más frecuentemente— del receptor y del medio. Nos corresponde la responsabilidad explícita de corroborar que el donante actúa libre de coacción (imposición violenta), de manipulación (control sutil), de seducción (promesas e insinuaciones) y de subordinación (laboral, militar y de otros grupos: iglesia, escuela, etc.)

- Beneficio para el donante. El principio de beneficencia exige «acrecer al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles»⁸. En la entrevista psicosocial, nos corresponde corroborar que el donante recibe beneficio a cambio del riesgo. Esto parece paradójico: si va a perder un órgano sano, ¿de qué tipo puede ser su beneficio? La única respuesta posible es: beneficio psicológico. El beneficio debe existir SIEMPRE, y debe ser entendido en dos formas: alivio real del sufrimiento del donante (el que le causa la enfermedad de un ser querido) y de satisfacción psicológica del donante (por aliviar su sufrimiento). Esto supone que el receptor y el donante se conocen y se tienen mutuo y significativo afecto. Esta es una condición que nos obliga a ser muy cuidadosos en ciertos casos de supuesto altruismo abstracto. Por ello vale la pena resaltar la observación de la OMS a su principio rector n.º 3: «En la gran mayoría de los países se prevé que la donación entre personas vivas solamente se realice en los casos en que haya un vínculo genético, legal o emocional entre donante y receptor»⁹. La experiencia indica que uno solo dona un órgano a una persona por quien siente un afecto grande y comprometido, alguien que tiene un significado muy especial en la propia vida, alguien entrañable. Pero, además, la donación no es emocionalmente neutra. Cuando está bien decidida, fortalece los nexos preexistentes entre esos dos seres humanos y produce en el donante un sentimiento de satisfacción y deber cumplido que se prolonga por años y da color a muchas de sus decisiones posteriores. Y, al contrario, cuando hay vicios en ella, suele distanciarlos y dejar en el donante vacío emocional, arrepentimiento y la sensación de haber sido utilizado.
- Ausencia de perjuicio. En el Informe Belmont, el principio de no maleficencia es una derivación del principio de beneficencia: «no hacer daño, y acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles». Sin embargo, la mayoría de los bioeticistas lo consideran hoy como un principio independiente. La evaluación psicosocial debe pronosticar que no habrá perjuicio psíquico. Esto debe ser entendido no solo en términos de que la decisión no afecte (agudice, dispare o agrave) a las eventuales psicopatías previas. También debe descartar una expectativa de sacrificio personal y evitar una minusvalía futura. La donación no debe ser vivida por el donante como un sacrificio voluntariamente aceptado, sino como un acto de solidaridad con un ser querido, que solo es permisible si no lo perjudica, es decir si su vida puede continuar sin limitaciones y sin modificaciones de su proyecto mediato y futuro.
- Justicia. «Una injusticia ocurre cuando [...] se impone una responsabilidad indebidamente»⁹. Nos corresponde comprobar que el donante no ha sido seleccionado simplemente por estar «disponible fácilmente, por su posición comprometida o su fácil manipulación»⁹. Es decir, debemos descartar vulnerabilidades de cualquier tipo: económicas

(p. ej., el pariente pobre), psicológicas (p. ej., el individuo con menor independencia afectiva en una familia), sociales (p. ej., la madre soltera, cabeza de familia y con hijos menores de edad) o legales (p. ej., el pariente con retraso mental leve o inteligencia límitrofe).

Los requisitos psicológicos

Son tres:

- Que la decisión sea comprensible psicológicamente. Significa que el entrevistador entiende las bases de las cuales parte la decisión del donante y la ruta por la cual llega a conclusiones. Y no solo los comprende en su contenido; además comparte su estructura lógica. Se trata de un punto de vista vulnerable a la acusación de subjetividad. Pero no hay que olvidar que, en la mayor parte de los casos, donante y entrevistador pertenecen a la misma cultura y comparten sentimientos, maneras de actuar, prioridades y escalas de calificación de lo correcto y lo incorrecto. La calificación de comprensible implica, además, que el donante ha hecho el esfuerzo (ha buscado los argumentos) para hacernosla comprensible. Pocos otros ejercicios pueden darnos una más clara certeza de la transparencia de los motivos, de la autonomía de la decisión y del beneficio subjetivo del donante. Por supuesto, la dificultad para entenderla hipotéticamente podría deberse a la incapacidad del psiquiatra o a sus prejuicios. Y creo que un clínico responsable no debe perder de vista esta posibilidad nunca.
- Que sea madura. Básicamente, que haya sido reflexionada y no tomada impulsivamente. No existe un «tiempo prudente», por supuesto; pero es fácil apreciar un tiempo «imprudente». Madura significa también que sea una decisión serena y no emocionalmente condicionada. Se deben descartar dos sentimientos inmaduros: la culpa (por supuestas o reales agresiones y por deudas psicológicas con el receptor a propósito de otros momentos de la vida común) y el miedo (a que se muera, a que lo deje de querer, a que lo abandone, etc.).
- Que sea estable, es decir, que se haya mantenido ante objeciones y consejos opuestos. Ello nos devuelve a la conveniencia de que haya sido pensada con cuidado y comentada con otras personas importantes de la vida del candidato durante un tiempo.

Para cumplir esta tarea, habitualmente solo disponemos de una sesión. Vale la pena seguir un protocolo que la haga eficaz:

La técnica de la entrevista

Como cualquier evaluación, ésta debe empezar por el conocimiento del donante. Hoy, las historias clínicas suelen estar sistematizadas y la mayor parte de estos programas ofrecen de antemano los datos de identificación y sociodemográficos del paciente. Me parece útil que la entrevista comience corroborando esos datos. La práctica —antes habitual— de recibir de viva voz la identificación del paciente y darle la propia tiene el efecto de una presentación, rompe el anonimato y abre la conversación de manera respetuosa. Debemos

corroborar nombre, edad, procedencia, estado civil, empleo y nombre del receptor. Parece necesario añadir un amplio y claro conocimiento de la familia del donante. Por eso, nosotros invitamos al candidato a hacer juntos un genograma detallado. Con su ayuda podemos construir un gráfico genealógico: sus padres, hermanos, cónyuge, hijos. Lo construimos a su vista, utilizando las convenciones habituales (diferenciando hombre y mujer, poniendo sus nombres y edades y sus relaciones consanguíneas y civiles, trazándolas con línea directa cuando estén vigentes y cortándolas cuando se hayan roto)¹⁰. Es útil delimitar en ese gráfico las agrupaciones (quién vive con quién) y registrar su ciudad y barrio (o municipio y vereda) de vivienda. Cuando el receptor no forma parte de la misma familia, nosotros pedimos al donante que nos ayude a dibujar su familiograma particular. Dibujarlo junto al del donante permite que, de entrada, resulte visible la relación entre ambos. Encerrar en sendos círculos el hogar de cada uno de ellos permite evidenciar, además de las relaciones de consanguinidad y/o afinidad, las relaciones de vecindario.

La segunda parte es una revisión longitudinal de la vida del candidato. Está dirigida a establecer su capacidad legal y mental: Infancia, adolescencia, estudios y nivel académico alcanzado, vida adulta, trabajos realizados, uniones conyugales, hijos, etc. Hay que buscar claras evidencias de su madurez: indicios de su independencia afectiva y de su independencia económica. Luego, tratar de identificar los rasgos principales de la personalidad (hasta donde resulta posible en una entrevista única). Esta sección incluye siempre un examen mental transversal completo, que corrobore las afirmaciones que el donante está haciendo sobre su vida longitudinal.

La tercera parte examina los nexos formales entre candidato y receptor (hermanos, esposos, amigos, etc.). Luego explicitamos los nexos afectivos que los ligan (se criaron juntos, tienen unión conyugal estable hace tanto tiempo, etc.) y anotamos de manera precisa las evidencias de ese nexo. La experiencia demuestra que los donantes adecuados pueden describir perfectamente la vida cotidiana del receptor, su ambiente familiar, la economía, la enfermedad de base y el tratamiento que recibe. Es útil recoger anécdotas de la vida común: si son hermanos, corroborar la crianza juntos, la escolaridad compartida, las anécdotas de infancia; si son esposos, la complicidad en la vida cotidiana, la responsabilidad con los hijos comunes y la concordancia en proyectos vitales; si son amigos, la crianza, la escolaridad, el trabajo, la vecindad, la vida social compartidos.

Hay que analizar de manera especial la relación económica donante-receptor aclarando la fuente de ingresos de ambos. Esto permite establecer con relativa seguridad la eventual existencia de dependencia económica, subordinación o dependencia jerárquica.

En la cuarta parte se analiza la toma de la decisión por parte del donante. Hay que interrogar la fecha de esa toma, establecer claramente de quién partió la iniciativa, cómo la comunicó al receptor (o cómo expresó éste su solicitud) y los motivos que el donante tiene para tomarla (¿por qué él y no otro miembro de la familia?). Hay que lograr que exprese esos motivos en términos de sus propios sentimientos y de su interés personal y descartar, por poco significantes, las frases vagas y generales sobre el altruismo como virtud y, por obvias, aquellas acerca del beneficio que recibirá el receptor.

Como parte de esta sección, hay que investigar si hay oposición familiar a la donación, especialmente cuando se trata de mujeres casadas o de jóvenes que recién alcanzan la mayoría de edad, pues son los dos grupos que, aunque legalmente no requieren autorización, suelen depender afectiva y económica de marido y padres. Se debe explorar la actitud del candidato ante esta oposición (cuán importante es ella en su vida, cómo manejará esa oposición) y preguntar de manera muy clara y formal sobre la existencia de presiones indebidas del receptor o sus relacionados y sobre la existencia de contraprestación alguna por su donación. La negativa es poco significante, pues es habitual que los donantes (todos) la nieguen con vehemencia. Debemos anotar si en la entrevista se advierte alguna evidencia de presión indebida o de contraprestación económica.

La quinta sección analiza el conocimiento que el candidato tiene de las dos cirugías (su nefrectomía y el trasplante). Debemos averiguar su conocimiento de la enfermedad del receptor: causa, tratamientos, tipo de diálisis, cumplimiento, complicaciones. Esto suele revelar lo que el donante piensa del pronóstico del proceso (¿el receptor será capaz de cuidar el injerto?) y descartar la creencia frecuente —casi siempre falsa— de que sin la donación el receptor se morirá. Entre los temas de conocimiento de la cirugía, siempre hay que incluir una pregunta acerca del dispositivo de apoyo del donante (cuidador y alojamiento para el post-operatorio). La independencia del donante con respecto al dispositivo de apoyo del receptor suele dar confianza acerca de su autonomía. En nuestro grupo de trabajo, es frecuente que el donante haya asistido con el receptor a la reunión educativa que éste recibe con su familia y, por eso, el conocimiento suele ser adecuado.

La entrevista termina con una recolección de antecedentes que descarten enfermedad mental previa y además ilustren sobre su tendencia a adoptar conductas saludables y/o de riesgo: uso de tabaco, alcohol y otras sustancias, hospitalizaciones, cirugías y consultas médicas previas, accidentalidad, deportes de riesgo, atención psiquiátrica previa. El consumo de alcohol, tabaco u otras sustancias no es una contraindicación formal para la donación. Pero este hábito —cuando lo haya— requiere especial análisis. Los abusadores de sustancias suelen tener escaso cuidado con su salud y, frecuentemente, tienen otros riesgos (p. ej., accidentes) que pueden desaconsejar la donación.

Llegados a este punto, es muy raro que un entrevistador experto no tenga una percepción clara de la idoneidad del donante. En nuestro grupo utilizamos una lista de comprobación para garantizar el cumplimiento de los requisitos arriba señalados y decidimos entre dos calificaciones: apto y no apto. Cuando el candidato es calificado apto, le comunicamos la decisión y le enviamos inmediatamente a la enfermera para recibir las órdenes de laboratorio y las citas para las otras valoraciones (nefrología, cirugía, anestesia). Cuando la evaluación es afirmativa procedemos a advertirle de que tendrá muchos exámenes y diversas entrevistas para:

- Establecer su nivel de riesgo en la nefrectomía.
- Establecer la capacidad del riñón restante.
- Garantizar que no se verá obligado a ningún cambio de su vida (dieta, medicación, restricción física, cambios de empleo, etc.).

La ley colombiana¹¹ exige que «se le haya advertido previamente al donante sobre la imposibilidad de conocer con certeza la totalidad de los riesgos que pueden generarse dentro del procedimiento, por la ocurrencia de situaciones imprevisibles». Nos parece conveniente añadirle que tampoco podemos predecir eventos futuros como un accidente con trauma lumbar o una herida abdominal, que puedan afectar a su único riñón. Le decimos también claramente que podrá revocar en cualquier momento el acto por el cual hace la donación.

A los pacientes no aptos, les explicamos las razones para la decisión y suspendemos el proceso iniciado. Ocasionalmente ocurre que el candidato se presenta a la entrevista con grandes dudas sobre su decisión y la cambia a lo largo de ella. El retiro voluntario suele generar culpa en el donante por «haber entusiasmado» a su receptor y temor y vergüenza de comunicarle su retiro. En tales casos, le explicitamos la obligatoria confidencialidad de la entrevista y, por supuesto, no informamos al receptor o su representante acerca de estos motivos.

Conflictos de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de salud. Informes Anuales Red de Donación y Trasplantes años 2011, 2012, 2013, 2014, 2015. Disponibles en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Paginas/marco-Legal-documentos-tecnicos-y-estadisticas.aspx>
2. Torres-Gutiérrez M. Observaciones sobre la evaluación del candidato a donante vivo de riñón. Congreso latinoamericano y del Caribe de Trasplante. Cartagena, marzo. 2011.
3. OMS. Principios Rectores sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos Disponible en: http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22sp.pdf
4. Legislación colombiana sobre trasplantes. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Paginas/marco-Legal-documentos-tecnicos-y-estadisticas.aspx>
5. OPS. Legislación sobre donación y trasplante de órganos, tejidos y células: Compilación y análisis comparado. Washington: OPS; 2013.
6. República de Colombia Ministerio de la Protección Social. Decreto 2493 de 2004. Bogotá, 2004. Diario Oficial 45631, agosto 5 de 2004. Disponible en: <http://www.imprenta.gov.co>
7. Beauchamp TL, Childress JF. Principios de Ética Biomédica, 1979. Barcelona: Masson; 1999.
8. Informe Belmont, Principios y Guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research U.S.A.; 1979. Disponible en: <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/ccis/files/2012/08/INFORMEBELMONT.pdf>
9. OMS. Principios Rectores sobre Trasplante de Células, Tejidos y Órganos Humanos. Disponible en: http://www.who.int/transplantation/Guiding_PrinciplesTransplantation_WHA63.22sp.pdf?ua=1
10. McGoldrick M, Gerson R. Genograms in family Assesment. New York: WW Norton; 1985.
11. Decreto 2493 de 2004. Disponible en: <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Red-Nacional-Laboratorios/Paginas/marco-Legal-documentos-tecnicos-y-estadisticas.aspx>