

# DONAR (TAMBIÉN) ES COSA DE VIVOS

□ Por Daniel Blanco

**España tiene una asignatura pendiente. Si las cifras de trasplantes de donante cadáver son excelentes y hasta abrumadoras, las de donante vivo son simbólicas o, lo que es lo mismo, minúsculas, insignificantes, pequeñísimas.**

**Algo parecido ocurre en el Hospital Reina Sofía, donde este tipo de trasplantes -que sólo puede aplicarse a un riñón o a un segmento de hígado- apenas supera el 1% de los injertos totales de estos órganos. En toda su historia, el complejo cordobés sólo ha realizado 21 intervenciones de donante vivo y todo esto, a pesar de que ofrece muchas más ventajas que las de cadáver: mayor supervivencia del órgano nuevo en el paciente, menor incidencia de rechazo y, al ser una operación programada, la posibilidad de elegir las mejores condiciones para el receptor. Entonces, ¿por qué España está a la cola en donaciones de vivo?**

**EN** Estados Unidos, por ejemplo, más del 40% de los trasplantes que se realizan es de donante vivo. En España, sin embargo, las cifras rondan el 1% y llevan estancadas varios años, sin perspectivas a corto plazo de aumentar. Estos datos encuentran su eco en los hospitales del país: en el Reina Sofía, sólo se han practicado 21 trasplantes de donante vivo -16 renales y cinco hepáticos- en toda su historia, frente a los casi 2.000 que se han hecho de riñón e hígado procedente de donante cadáver. La estadística es contundente: supone poco más del 1% de la actividad trasplantadora de estos órganos. María José Requena, jefa de servicio de Urología del complejo cordobés, lo valora así: "Son cifras simbólicas, sin ningún peso dentro de cómputo total del hospital". Las causas de este estancamiento de la donación de vivo hay que buscarlas en la donación de cadáver. Sí. A esta conclusión llegan los médicos, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) y todos los profesionales vinculados a esta práctica. Las excelentes cifras de donantes fallecidos en España -con la mejor tasa del mundo- ha dejado relegada a un segundo plano y casi olvidada la donación de vivo. Dicho de otro modo, la tasa de donación de cadáver es tan buena que la población no se ha interesado por fomentar la de vivo, a pesar de los repetidos llamamientos que, en este sentido, hacen la Consejería de Salud y el Ministerio de Sanidad y Política Social.

**LAS CAUSAS DEL ESTANCAMIENTO DE LA DONACIÓN DE VIVO HAY QUE BUSCARLAS EN LA DONACIÓN DE CADÁVER. ES DECIR, SON TAN BUENAS LAS CIFRAS DE TRASPLANTES DE ÓRGANOS PROCEDENTES DE FALLECIDO QUE LA SOCIEDAD NO SE HA VOLCADO CON LA DONACIÓN DE VIVO, A PESAR DE LOS REPETIDOS LLAMAMIENTOS INSTITUCIONALES.**

Muchas son las razones que invitan a tener en cuenta esta donación que, por razones obvias, sólo pueden referirse a uno de los dos riñones y a un lóbulo del hígado. Los datos, en principio, parecen no dejar dudas sobre las virtudes de los trasplantes de donante vivo, aunque bien es cierto que los resultados son mucho más convincentes en el caso de los riñones. Por ejemplo, el tiempo medio de funcionamiento de un riñón de donante fallecido en un organismo receptor es de poco más de diez años -no confundir con el tiempo de supervivencia de un paciente porque, después de ese periodo, puede volver a trasplantarse o dializarse-. Si el riñón procede de un donante vivo, ese tiempo se eleva hasta los 16 años, es decir, un 60% más, según datos de la ONT. Si, como se da en algunos casos, el órgano es de un gemelo idéntico, la supervivencia se dispara y puede llegar hasta los cuarenta años. Es decir, los riñones de donante vivo responden mucho mejor en el receptor, lo que acorta su postoperatorio, elimina en parte -y sólo en parte- el riesgo de rechazo y permite reducir la dosis de fármacos inmunosupresores. Pero las ventajas de este trasplante no quedan ahí. Al ser una intervención programada, se reduce el tiempo desde que el órgano se retira de un cuerpo hasta que se coloca en otro y además, se pueden optimizar las condiciones del donante y del receptor para que afronten la intervención quirúrgica con la mayor de las garantías. Es decir, una donación de cadáver -siempre impredecible- quizás sorprenda al paciente con un resfriado o aquejado de algún virus, lo que complica la operación o quizás obligue a suspenderla. Esto no ocurre en los trasplantes de donante vivo porque la cirugía se planifica con semanas de antelación. Éstas son las razones que, una y otra vez, esgrimen los médicos para alentar la donación de vivo.

En el otro lado de la balanza está el debate que suscita uno de los principios generales de la medicina: *primum non nocere* -primero, no hacer daño-. Es decir, ¿está justificado quitarle un riñón o una sección del hígado a una persona sana? ¿Cuál es el riesgo que se asume? ¿Se compensa con los resultados? A priori, no debería haber ningún

## EL TIEMPO

**MEDIO DE FUNCIONAMIENTO DE UN RIÑÓN DE DONANTE FALLECIDO ES POCO MÁS DE UNA DÉCADA. SI EL ÓRGANO PROCEDE DE VIVO, LA SUPERVIVENCIA SE ELEVA HASTA LOS 16 AÑOS, ES DECIR, UN 60% MÁS. EN LAS DONACIONES ENTRE GEMELOS IDÉNTICOS, LA CIFRA SE DISPARA Y ALCANZA LOS CUARENTA AÑOS.**



Trasplante de hígado de donante vivo. FOTO: ANDRÉS MORATINOS.

**SIEMPRE QUE HAY CIRUGÍA, HAY RIESGO, AUNQUE SEA MÍNIMO.**



Dra. Requesena.  
FOTO: JUAN NÁJAR

**MARÍA JOSÉ REQUENA,**  
JEFA DE SERVICIO DE UROLOGÍA  
DEL REINA SOFÍA, DEFIENDE ESTA  
PRÁCTICA: “EL DONANTE SE  
SOMETE A UN ESTUDIO  
EXHAUSTIVO PARA COMPROBAR  
QUE CUMPLE TODOS LOS  
REQUISITOS Y QUE TIENE UN  
ESTADO DE SALUD LO  
SUFICIENTEMENTE FUERTE  
COMO PARA AFRONTAR  
EL POSTOPERATORIO”.

inconveniente en vivir únicamente con un riñón –el 1% de la población nace con uno sólo– y tampoco en hacerlo con un lóbulo del hígado, que además es un órgano que se regenera, pero habría que tener en cuenta la intervención y el postoperatorio. Los médicos en este punto son tajantes: siempre hay riesgos, aunque sean mínimos. La doctora Requesena califica esta operación de donante vivo como “razonablemente segura”, aunque asume que “siempre que hay cirugía, hay riesgo”. “Está comprobado que, en el caso de los riñones procedente de vivo, los resultados del trasplante son mejores, pero hay que garantizar el bienestar no sólo del receptor sino también del donante”. La doctora Requesena defiende el proceso y concluye que cuando se decide hacer este tipo de intervenciones es porque el equipo médico ha dado su beneplácito y porque el riesgo está reducido al mínimo: “El donante se somete a un estudio exhaustivo para comprobar que cumple todos los requisitos y que tiene un estado de salud lo suficientemente fuerte como para afrontar el postoperatorio. También se llevan a cabo exámenes psicológicos para confirmar que el donante regala libremente y sin presiones uno de sus riñones o un segmento de hígado”. Y es aquí donde los expertos se muestran extremadamente alerta y hasta meticulosos, porque en ocasiones los donantes son sometidos a un fortísimo chantaje por parte de su familia para que entreguen uno de sus órganos: “En esos casos, cuando se confirma algún tipo de coacción, el trasplante se suspende”. Para la jefa de servicio de Urología, el futuro de los trasplantes pasa, además de por la medicina regenerativa, por la donación de vivo. “La técnica de la laparoscopia ha facilitado mucho las cosas y nos ha acercado a una cirugía muy poco invasiva”, concluye.

En este mismo sentido habla Manuel de la Mata, jefe de sección de Hepatología del Hospital Reina Sofía, y con unas ideas muy claras con respecto a la donación de vivo. En el caso del hígado, los riesgos están más presentes y los donantes han de ser seleccionados con muchísima –insiste: con muchísima– precisión. De la Mata da sus razones y además, las argumenta: “Es una operación agresiva, mucho más que la de riñón y a veces, los resultados no son mejores que los de donante cadáver. Para mí, está justificado solamente en casos excepcionales, de extrema gravedad y como opción de urgencia para que algunos pacientes no mueran en lista de espera”. Sí es, en cambio, una opción a tener en cuenta y hasta recomendable para los pacientes

pediátricos porque “son los propios padres los que suelen ser donantes de sus hijos”. “Se presenta como una posibilidad muy buena para los niños porque es una solución inmediata y con excelentes resultados para sus enfermedades hepáticas”. Si los datos de donación de riñón procedente de vivo son simbólicos en el Hospital Reina Sofía –16 desde que se inició el programa, en 1985–, los de hígado son igual de exiguos: cinco desde el año 2002. “Hay que tener en cuenta que al trasplante se llega como última opción, sólo cuando el diagnóstico es muy grave. Es decir, recibir un órgano nuevo es un momento decisivo para el paciente porque condicionará el resto de su vida. En el caso del donante de vivo, estas cautelas se duplican porque entran en juego dos pacientes: el que va a donar y el receptor. Sí es cierto que para los niños en situaciones de enfermedad grave, es una solución aceptable y hasta deseable”, explica el doctor de la Mata.

Asumiendo estos riesgos mínimos y superando estas reservas iniciales, la donación de vivo es una alternativa aún por explotar que vendría a solventar algunos quebraderos de cabeza del sistema español de trasplantes. Es un hecho constatado y comprobable que el número de donaciones de cadáver no es suficiente para atender a todos los enfermos que esperan un hígado o un riñón. Esta carencia de órganos podría ser suplida con la donación de vivo, lo que ayudaría a aliviar de forma considerable las listas de espera. Y es más, ayudaría a remediar un problema reciente, aunque no por ello menos preocupante: la edad de los órganos donados. La reducción drástica de los accidentes de tráfico ha motivado una subida, también drástica, de la edad media del donante, que en Córdoba ya está en 56 años. La donación de vivo podría resultar tremendamente útil para los enfermos más jóvenes, aquéllos a los que los médicos tienen reparos a trasplantarle el órgano de un anciano. Tanto desde la Organización Nacional de Trasplantes, por boca de su director, Rafael Matesanz, como desde la Coordinación Autonómica de Trasplantes, dirigida por Manuel Alonso Gil, como desde la Coordinación de Trasplantes del Hospital Reina Sofía, en palabras de Juan Carlos Robles, el llamamiento es unánime: “El fomento de la donación de vivo es un reto para todos los españoles y será una parte importante del futuro de los trasplantes. Es una posibilidad de salvar vidas que aún no hemos explorado. Hagámonos donantes también en vida”. ☆



Dr. de la Mata  
FOTO: JUAN NÁJAR

**EN EL CASO DEL HÍGADO,**  
LAS VENTAJAS SON MENOS  
CONTUNDENTES PORQUE ENTRAÑA  
MÁS RIESGOS. AUN ASÍ, EL  
HEPATÓLOGO MANUEL DE LA MATA  
SEÑALA QUE LA DONACIÓN DE  
VIVO ES UNA OPCIÓN A TENER EN  
CUENTA Y HASTA RECOMENDABLE  
PARA LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS  
PORQUE “SON LOS PROPIOS  
PADRES LOS QUE SE CONVIERTEN  
EN DONANTES DE SUS HIJOS”.

**EL FOMENTO DE LA  
DONACIÓN DE VIVO ALIVIARÍA, EN PRINCIPIO,  
DOS PROBLEMAS: REDUCIRÍA LAS LISTAS DE ESPERA Y PONDRÍA  
ÓRGANOS A DISPOSICIÓN DE LOS ENFERMOS MÁS JÓVENES.**

**EL LLAMAMIENTO  
DESDE LAS INSTITUCIONES ES UNÁNIME: “DONEMOS  
TAMBIÉN EN VIDA. ES UN RETO PARA TODOS LOS ESPAÑOLES  
Y UNA POSIBILIDAD AÚN POR EXPLORAR”.**



## SANO, CUERDO, LIBRE Y CONOCIDO

Ésas son, a grandes rasgos, las características que debe reunir una persona que quiere hacerse donante vivo. Es preciso apuntar previamente que el trasplante de donante vivo está regulado por la Ley de Trasplantes 30/1979, aplicada mediante el Real Decreto 2070/1999, y además, sólo puede realizarse ateniéndose a unos criterios mundialmente aceptados en el Foro de Ámsterdam, celebrado en 2004. La ley no deja lugar a dudas en esta intervención. Lo primero que exige es que sea una donación dirigida, es decir, con un receptor concreto -todo lo contrario que en la donación de cadáver, cuyos órganos se distribuyen según criterios médicos-. En toda Europa, hay grandes diferencias al regular la relación que deben tener el donante vivo y el receptor. En Portugal, por ejemplo, sólo está permitido entre parientes de primer grado, y en Reino Unido, se pueden donar los órganos en vida a un desconocido; es lo que se conoce como 'el donante altruista', que en España todavía no se ha dado.

Siguiendo con las características que recoge la ley, el donante vivo tiene que ser mayor de edad, con plenas facultades mentales y con un adecuado estado de salud que deberá ser acreditado por un equipo de médicos. Además, está prohibido expresamente que se realice el trasplante si hay cualquier tipo de condicionamiento económico, social o psicológico. A veces, el posible receptor o la familia ejerce una presión tal sobre el donante que éste accede, pero no por propia voluntad. Será un Comité de Ética del hospital trasplantador el que determine que el donante acude libremente a entregar un riñón o un lóbulo de hígado. Superados estos trámites, el consentimiento final dependerá de un juez, que determinará la viabilidad de la operación ante el médico que va a efectuar la extracción, ante el facultativo que ha expedido el certificado de que el donante está en buenas condiciones físicas, ante el que va a hacer el trasplante y ante la persona que corresponda en cada centro hospitalario dar la autorización. Por lo tanto, para ser donante vivo, hay que estar sano y cuerdo, ser mayor de edad, libre en la decisión y conocer al receptor. ☆

## LO ÚLTIMO: EL TRASPLANTE CRUZADO

¿Qué ocurre si quiero donarle un riñón o una parte del hígado a un familiar o a alguien muy cercano pero no soy compatible con el receptor? El sistema sanitario español parece haber encontrado la respuesta en una fórmula que ya da buenos resultados en otras partes del mundo, como Estados Unidos u Holanda, pero que en nuestro país está dando aún sus primeros pasos: el trasplante cruzado. La situación de partida es la siguiente y es más común de lo que parece: alguien quiere donar, pero no es compatible con el receptor. Bien, después de un estudio exhaustivo, la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) reúne a dos parejas de donante y receptor y hace un 'intercambio de donantes'. Es decir, el donante de la pareja número 1 da su riñón al receptor de la pareja 2 y viceversa. Así, todos salen ganando. Los primeros trasplantes cruzados en España se realizaron en julio de 2009 en el Hospital Clínic de Barcelona y en el Virgen de las Nieves de Granada. En el Reina Sofía, aún no se ha llevado a cabo ninguno. ☆