



**MINISTERIO
DE SANIDAD**

Organización Nacional de Trasplantes

**PROTOCOLO NACIONAL DE
DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA
APLICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE
AYUDA PARA MORIR**

Junio 2022

Actualización de Marzo 2023



Grupo de trabajo

María Acevedo Nuevo	Enfermera Coordinadora, Organización Nacional de Trasplantes
Rebeca Bajo Rodilla	Enfermera Coordinadora, Organización Nacional de Trasplantes
Miguel Bravo Riaño	Coordinador de Enfermería de Donación y Trasplante CAUSA
Esther Corral Lozano	Coordinadora de Trasplantes, Hospital Univ. de Araba, Vitoria
Ana M^a Domínguez Berrot	Coordinadora de Trasplantes, Hospital Univ. de León, León
M^a Dolores Escudero Augusto	Coordinadora Autonómica de Trasplantes de Asturias
Beatriz Domínguez-Gil González	Directora General, Organización Nacional de Trasplantes
Lourdes González Pérez	Coordinadora de Trasplantes, Hospital Univ. Ramón y Cajal, Madrid
José Luis Iribarren Sarrías	Coordinador de Trasplantes, Hospital Univ. de Canarias, Santa Cruz de Tenerife
David Paredes Zapata	Coordinador de Trasplantes, Hospital Clínic, Barcelona
M^a Eugenia Perea Rodríguez	Coordinadora de Trasplantes, Hospital Univ. de Burgos, Burgos
Alicia Pérez Blanco	Médico Adjunto, Organización Nacional de Trasplantes
José Miguel Pérez Villares	Coordinador Autonómico de Trasplantes de Andalucía
Lola Perojo Vega	Jefa de Gabinete Dirección General, Organización Nacional de Trasplantes
Teresa Pont Castellana	Coordinadora de Trasplantes, Hospital Univ. Vall d'Hebrón, Barcelona
Carmen Rivero Velasco	Coordinadora de Trasplantes, Complejo Hospitalario Univ. de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela
Mario Royo-Villanova	Coordinador de Trasplantes, Hospital Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia
Ana Zapatero Ferrándiz	Coordinadora de Trasplantes, Hospital Univ. del Mar, Barcelona

Grupo de expertos en bioética de la ONT

Teresa Aldabo Pallas	Médico Especialista en Medicina Intensiva, Hospital Univ. Virgen del Rocío, Sevilla
Josep María Busques Font	Unidad de Bioética. Dirección Gral. de Ordenación y Regulación Sanitarias del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya
Sebastián Iribarren Diarasarri	Médico Especialista en Medicina Intensiva, Hospital Univ. de Araba, Vitoria
José Luis López del Moral	Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria
Fernando Martínez Soba	Coordinador Autonómico de Trasplantes de La Rioja
Montserrat Nieto Moro	Médico Especialista en Pediatría y Coordinadora de Trasplantes del Hospital Infantil Univ. Niño Jesús, Madrid



Alicia Pérez Blanco	Médico Especialista en Medicina Intensiva, Organización Nacional de Trasplantes
José Miguel Pérez Villares	Coordinador Autonómico de Trasplantes de Andalucía
José Ignacio Sánchez-Miret	Médico Intensivista y Experto en Bioética
José Antonio Seoane Rodríguez	Catedrático de Filosofía del Derecho, Universidad de A Coruña
Alejandro Toledo Noguera	Vicepresidente de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes



Contenido

GLOSARIO DE TÉRMINOS	6
INTRODUCCIÓN	8
1. PROCESO DE INFORMACIÓN SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	9
1.1. Notificación al coordinador de trasplantes y aspectos generales del proceso de información	9
1.2. Aspectos específicos del proceso de información sobre la donación tras la prestación de ayuda para morir	13
2. CARACTERIZACIÓN DEL POSIBLE DONANTE	15
3. DESARROLLO DEL PROCESO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA TRAS LA APLICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	17
4. ASPECTOS ÉTICOS DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PERSONAS SIN CAPACIDAD DE HECHO PARA CONSENTIR	23
4.1. Proceso de información y consentimiento en personas con capacidad de hecho ...	23
4.2. Proceso de información y consentimiento en personas en situación de incapacidad de hecho	25
4.3. Beneficios y cargas de la donación en asistolia tras la aplicación de la PAM	27
4.4. Intimidad y calidad de la prestación	28
4.5. Tratamiento confidencial de la identidad del donante y del receptor y de sus datos personales	28
4.6. Conflicto de intereses	29
4.7. Objeción de conciencia	30
ANEXO 1. HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO PARA LA DONACIÓN TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR	32
REFERENCIAS	37



SIGLAS

BB. PP: Buenas Prácticas

CA: Comunidad Autónoma

CEA: Comité de Ética Asistencial

CT: Coordinación de Trasplantes

CGE: Comisión de Garantía y Evaluación

DAC: Donación en Asistolia Controlada

DIP: Documento de Instrucciones Previas

EA: Equipo Asistencial

LORE: Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia

MC: Médico Consultor

MR: Médico Responsable

ONT: Organización Nacional de Trasplantes

PAM: Prestación de Ayuda para Morir

SEM: Servicio de Emergencias



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Documento de Instrucciones Previas: Documento oficial registrado en la Comunidad Autónoma, por el cual una persona mayor de edad, capaz y libre manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarla personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. Fuente: Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Diagnóstico de la muerte: Proceso por el que se confirma el cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria o de las funciones encefálicas. El diagnóstico de muerte por criterios circulatorios y respiratorios se basa en la constatación, de forma inequívoca, de ausencia de circulación y respiración espontánea, ambas cosas durante un período no inferior a cinco minutos, según se especifica en el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

Donación en asistolia controlada: Proceso de obtención de aquellos órganos viables para el trasplante después de que el médico responsable haya certificado la muerte atendiendo a criterios circulatorio y respiratorio especificados en Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre.

Equipo asistencial: Equipo de profesionales que garantiza la continuidad asistencial en el proceso de solicitud y realización de la prestación de ayuda para morir (PAM). Fuente: https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

Médico responsable: Facultativo que tiene a su cargo la coordinación de toda la información, el proceso deliberativo y la asistencia sanitaria del paciente desde el inicio hasta el final de la PAM. Fuente: https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

Médico consultor: Facultativo con formación en el ámbito de las patologías que padece el paciente y que no pertenece al mismo equipo asistencial del médico responsable, con el fin de garantizar una valoración cualificada y externa de la persona solicitante de la PAM previa a su realización. Fuente: https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

Comisión de Garantía y Evaluación: Órgano administrativo colegiado encargado de verificar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia en su ámbito territorial. La Comisión ha de tener una composición multidisciplinar y debe contar con un número mínimo de siete miembros, entre los que se incluirán personal de medicina, de enfermería y juristas, pudiendo incluirse en la misma otros profesionales. Fuente: https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

Posible donante tras PAM: Persona mayor de 18 años que, habiendo solicitado la PAM, ha expresado su deseo de ser donante póstumo de órganos.



Prestación de Ayuda para Morir: Prestación incluida en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud regulada por la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, dirigida a aquellas personas que, frente a una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e imposibilitante, hayan manifestado, de manera plenamente libre y autónoma, su voluntad de acabar con su vida. Fuente: https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

Proceso deliberativo: Parte crucial del procedimiento de realización de la PAM llevada a cabo por el médico responsable para conocer la voluntad del paciente y sus condicionamientos. Incluye la explicación de todas las alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia. Además, el médico debe facilitar por escrito las modalidades de la prestación y cómo se realizarían. A través de este proceso el médico responsable discernirá si el paciente actúa de forma voluntaria, sin presiones externas y con conocimiento de causa sobre la prestación que solicita. Advertirá al paciente de que su deseo de ser donante no influirá en la emisión de un informe favorable sobre la prestación de ayuda para morir. Fuente: https://www.mscbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf

Representante: Persona mayor de edad y capaz que da consentimiento en representación de la persona enferma, tras haber sido designada mediante un documento de Instrucciones previas o, en su defecto, en virtud de las disposiciones legales vigentes en ese ámbito. Para la toma de decisiones en las situaciones clínicas no contempladas explícitamente en las instrucciones previas, a fin de presumir la voluntad que tendría la persona si estuviera en ese momento en situación de capacidad, quien le represente tendrá en cuenta los valores u opciones vitales recogidas en dichas instrucciones.



INTRODUCCIÓN

En España, la prestación de ayuda para morir (PAM) se regula en la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo (LORE), que entró en vigor el 24 de junio de 2021, excepto el artículo 17, que entró en vigor el 26 de marzo de 2021¹. Siendo técnicamente posible la obtención de órganos para trasplante tras el fallecimiento en estas circunstancias a través de un proceso de donación en asistolia controlada (DAC), es obligación del sistema sanitario asegurar esta opción a aquellas personas que la contemplen dentro de su plan de final de vida. España no es el primer país que protocoliza la obtención de órganos para trasplante en este contexto de fallecimiento. Las experiencias publicadas de Bélgica, Canadá y Países Bajos avalan esta práctica clínica, tanto por el procedimiento como por los buenos resultados obtenidos con el trasplante de los órganos^{2,3,4,5,6,7,8}.

La donación de órganos tras la realización de la PAM se ha reconocido como una categoría específica (categoría V) dentro de la clasificación de Maastricht modificada de París de donantes en asistolia⁹. Esta categoría V de DAC se diferencia de la categoría III en que el fallecimiento no sigue a una decisión de adecuación de medidas de soporte vital por criterios de futilidad o rechazo de tratamiento; el fallecimiento de la persona es la consecuencia directa de la aplicación de la PAM. En cuanto al consentimiento para la DAC, en la categoría V siempre es explícito: se expresa en primera persona de forma libre, consciente y tras un proceso de información y reflexión profunda que ha de ser independiente del que lleva al paciente a solicitar la PAM.

Aunque existen publicaciones en las que se propone la donación de órganos, en este contexto de fallecimiento, antes de que se haya certificado la muerte del paciente (*“imminent death donation”*), en España, sólo se contempla como posible la donación póstuma siguiendo un protocolo de DAC tras la PAM¹⁰. Para enfatizar este hecho, nos referimos a la **donación póstuma de órganos** tras administración de la PAM siguiendo un protocolo de DAC. Este proceder, tal como se describe en este documento, constituye una buena práctica médica, ya que puede dar respuesta tanto al deseo de ser donante de la persona que solicita la PAM como a los pacientes que necesitan un trasplante¹¹. No obstante, la donación en estas circunstancias de fallecimiento plantea una serie de retos que han de tenerse en consideración para su protocolización:

- ✓ Garantizar la separación del proceso de decisión relativo a la PAM del proceso de decisión relativo a la donación, de manera que ambas sean decisiones independientes.
- ✓ Asegurar que se proporciona una información adecuada sobre la donación tras la PAM al paciente, a sus familiares y al equipo asistencial (EA) que aplicará la PAM.
- ✓ Adecuar el proceso de obtención de órganos destinados al trasplante para que pueda tener lugar en este contexto de fallecimiento, atendiendo a la voluntad de la persona que solicita la PAM.
- ✓ Abordar los potenciales conflictos de los profesionales sanitarios implicados.



El objetivo de este documento es establecer un **protocolo nacional para el desarrollo armonizado de la donación tras la aplicación de la PAM en España.**

Para elaborar este protocolo se constituyó un **grupo de trabajo *ad hoc*** formado por profesionales de la red de Coordinación de Trasplantes (CT) designados por la Comisión Permanente de Trasplantes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CIT-SNS). En su elaboración también participó el **Grupo de Expertos en Bioética de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT)** que analizó los principales problemas éticos que el protocolo nacional sobre donación tras la PAM puede plantear a los profesionales que trabajan en el ámbito de la donación y el trasplante, revisó y evaluó el protocolo en su totalidad, y redactó la hoja informativa y los modelos de consentimiento informado (**Anexo 1**) para la donación tras la PAM. Las personas responsables de las CT pueden hacer uso tanto del texto como de los documentos del **Anexo 1**, sin requerir del aval del Comité de Ética Asistencial (CEA) de su centro. No obstante, **recomendamos que estos documentos sean presentados a dicho CEA que debe tener conocimiento de todo el proceso de PAM y, en su caso, de la donación en este contexto de fallecimiento.**

El grupo de trabajo revisó los protocolos y los resultados de esta práctica en otros países^{3,6,11}. Para la redacción del protocolo nacional se tuvieron en cuenta estas experiencias, el protocolo aplicable a la PAM en nuestro país de acuerdo a lo especificado en la LORE¹ y el Manual de Buenas Prácticas (BB.PP.)¹² al que se refiere la mencionada Ley y que coordina el Ministerio de Sanidad. También se tomó en consideración la práctica habitual de la DAC en nuestro país, según se establece en el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad¹³, y los estándares aplicables a este tipo de donación en España^{14,15}.

Una vez finalizado una versión borrador del documento, éste se sometió a consulta por parte de la red de CT y los equipos trasplantadores. El grupo de trabajo finalizó el documento atendiendo a las sugerencias y comentarios recibidos, siendo el protocolo final elevado a la Comisión Permanente de Trasplantes del CIT-SNS para su adopción formal.

1. PROCESO DE INFORMACIÓN SOBRE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

1.1. Notificación al coordinador de trasplantes y aspectos generales del proceso de información

En la **Figura 1** se representa el proceso de información sobre la donación de órganos tras la PAM en línea con el Manual de BB.PP. en eutanasia¹².

Para asegurar que la solicitud de donación es independiente de la PAM, **cuando una persona haya presentado la primera solicitud de PAM, el médico responsable (MR), en el marco del**



proceso deliberativo que establece la LORE¹, podrá informar al paciente de que existe la posibilidad de ser donante de órganos tras la realización de la PAM. Si el paciente manifiesta interés por conocer el proceso de donación, se le proporcionará toda la información necesaria con todas las aclaraciones que precise. Tanto el MR como el médico consultor remarcarán que el deseo de ser donante de órganos no influirá en la emisión de un informe favorable sobre la prestación de ayuda para morir, y tampoco acelerará su tramitación.

De este modo, se garantiza que las personas que solicitan la PAM puedan recibir información sobre la donación si lo desean y no sólo aquellos que han tenido acceso previo a esta información.

Si el paciente expresa interés en la donación de órganos, **el MR se lo notificará a la persona responsable de la CT de su centro hospitalario de referencia.** En caso necesario, por carecer de información al respecto, el MR podrá contactar con la Coordinación Autonómica de Trasplantes de su Comunidad Autónoma (CA), quien facilitará el contacto entre el MR y la CT del hospital que corresponda.

La CT concertará con el paciente cuantas entrevistas sean necesarias en la forma y el lugar más convenientes para el paciente, y empleando los medios y recursos de apoyo que sean precisos, para proporcionar información sobre el proceso de donación tras la PAM (sección 1.2). Los plazos que establece la LORE (**Figura 1**) no atañen a la donación, por lo que el paciente podrá reflexionar y decidir sobre su asentimiento para la donación sin límite de tiempo. Una vez el paciente ha comprendido la información solicitada, se podrá proceder a la **firma de la hoja informativa (Anexo 1)** por parte del paciente. Esta firma no implica el consentimiento de la persona para donar; sirve para dejar constancia del contenido de la información que recibió, el día y la persona que se la proporcionó.

El MR comunicará a la persona responsable de la CT la resolución de la Comisión de Garantía y Evaluación (CGE), tanto si la PAM resultara aprobada como denegada. Si se resolviera favorablemente, una persona de la CT se reunirá con el paciente para que, si ratifica su deseo de ser donante, pueda firmar el **consentimiento informado sobre su voluntad de donar (Anexo 1)**. El paciente siempre **podrá revocar el consentimiento para la donación** sin perjuicio de recibir la ayuda a morir tal y como la conciba.

Una vez aprobada la PAM por la CGE y firmado el consentimiento para la donación, el paciente, el MR, el EA y la persona responsable de la CT consensuarán **día y hora** del ingreso para realizar la PAM y la donación. En consonancia con el Manual de BB. PP en eutanasia, “una vez concedida la prestación por la Comisión de Garantía y Evaluación, el médico/a responsable y el paciente acordarán el “tiempo y forma de realización de la prestación”¹¹. Por tanto, se aplicará la flexibilidad necesaria de acuerdo con el paciente y las posibilidades del hospital de organizar la donación. **La CT procurará optimizar el proceso de donación en el margen de tiempo que disponga tras el libre asentimiento del paciente.**

En caso de que el paciente solicite el aplazamiento de la PAM, el Manual de BB. PP. Especifica un plazo máximo de 2 meses (variable según la CCAA) a fin de garantizar que el paciente continúa cumpliendo todos los requisitos exigidos en la LORE para acceder a la prestación. En estos casos de aplazamiento, la persona responsable de la CT deberá recabar la **ratificación firmada del consentimiento** para donación (**Anexo 1**).



Conviene que la CT figure en el algoritmo de aplicación de la PAM del hospital y de la CA, para que todo el EA sepa cómo y cuándo interviene la CT. Es deseable que, al menos en los primeros procedimientos, las coordinaciones autonómicas de trasplante intervengan en la planificación de los procesos de donación tras la PAM.



1ª SOLICITUD

MR: NOTIFICA al CT del Hospital de referencia para DAC. **CT** evalúa al posible donante. Primer contacto (telefónico, presencial, virtual). Finalizar la evaluación del donante y necesidad de administrar PAM en hospital

PROCESO DELIBERATIVO (mín. 15 días) **CT** clarifica dudas

2ª SOLICITUD

MR Aclaración de dudas (máx. 5 días)

notifica a
↓

MC Elaboración informe (máx. 10 días desde recepción 2ª solicitud)

- Firma CI PAM (incluye la modalidad prestación)
- Comunicación EA y familia

Evaluación por la CGE
Emisión informe favorable (máx. 7 días)

MR: Comunica resultado al **CT**
CT recaba firma de CI para DAC, traslado, cuidados para donación

Paciente, EA y **CT** fijan fecha para DAC antes de aplicación de prestación (máx. 2 meses)

Los plazos son los establecidos por la LORE, y no se aplican necesariamente a la donación.

Figura 1. Protocolo de PAM, según lo establecido en la LORE e intersección con el proceso de información sobre la donación de órganos en este escenario de fallecimiento. *CGE: Comisión de Garantías y Evaluación; CI: Consentimiento Informado; CT: Coordinación de Trasplantes; DAC: Donación en Asistolia; EA: Equipo Asistencial; LORE: Ley Orgánica de Regulación de la Eutanasia; MC: Médico Consultor; MR: Médico Responsable; PAM: Prestación de ayuda para morir.*



1.2. Aspectos específicos del proceso de información sobre la donación tras la prestación de ayuda para morir

Persona responsable de la información

La información detallada del proceso de donación tras la PAM siempre será proporcionada por la **CT del centro hospitalario al que corresponda realizar el proceso de donación.**

Preparación del proceso de información

Como en cualquier proceso de donación, en el momento en el que el MR se ponga en contacto con la CT, ésta revisará la historia clínica del paciente **y recabará información de los profesionales que le atienden para descartar la existencia de contraindicaciones médicas a la donación.** La diferencia con otros procesos de donación reside en que la persona interesada en ser donante hablará en primera persona de su muerte y de su deseo de ser donante. El impacto emocional que este cambio de paradigma puede conllevar para los profesionales de la CT hace necesario valorar una formación específica en este tipo de entrevista.

El primer encuentro (telefónico, presencial o virtual) de la CT con el paciente tendrá como objetivo principal **transmitir si es posible que la persona sea donante póstumo**, atendiendo a la información ya disponible y valorada. Si no fuera posible la donación, se responderá igualmente agradeciendo que la persona haya considerado ser donante.

Objetivos del proceso de información

La información del proceso es bidireccional. La CT debe **informar al paciente de los detalles de la donación** (ver sección contenido de la información), pero también **esclarecer los motivos por los que la persona desea ser donante póstumo de órganos.** Conocer por qué la persona quiere ser donante debe servir a la CT para descartar que la donación sea un medio o un incentivo para llevar a cabo la PAM. Si la CT albergara dudas razonables sobre la independencia de ambas decisiones, podría detener el proceso de donación, puesto que tiene el deber de garantizar que la donación no es un facilitador de la PAM.

Contenido de la información

La CT explicará el contenido de la hoja informativa del **Anexo 1**, de la que se destacan los siguientes aspectos a continuación:

- ✓ La decisión sobre la PAM es una decisión previa e independiente de cualquier consideración relativa a la donación.
- ✓ Todos los implicados, la persona que va a recibir la PAM, el MR, el EA y la CT se organizarán para la consecución de ambos procedimientos (PAM y donación) de la manera que resulte siempre más conveniente para el paciente.
- ✓ Una vez aprobada la PAM por la CGE y firmado el consentimiento para la donación, el paciente, el MR, el EA y la persona responsable de la CT consensuarán **día y hora** del ingreso para realizar la PAM y la donación.



- ✓ Según establece la LORE, la PAM se puede administrar en el domicilio o en el hospital. Sin embargo, para que la persona pueda ser donante de órganos es necesario que la PAM tenga **lugar** en el hospital, lo que ha de ser entendido y aceptado por el paciente. No obstante, podría plantearse la opción de sedación en domicilio y traslado realizado por el servicio de emergencias (SEM) para administración de la PAM en el hospital, según la organización de cada CA.
- ✓ Es necesario que **la familia conozca la decisión del paciente de ser donante**.
- ✓ La **despedida** del paciente de sus allegados podrá realizarse en una habitación de hospitalización o en una unidad de críticos, y además en el propio quirófano, si así lo desea el paciente.
- ✓ Es necesario realizar una serie de **pruebas diagnósticas** para completar la evaluación del paciente como potencial donante. Las pruebas serán las imprescindibles para evaluar la idoneidad del posible donante y se organizarán intentando que coincidan con las visitas del paciente al hospital o incluso el mismo día de la administración de la PAM. Siguiendo las indicaciones del EA, y los deseos del paciente, se pautará la sedación y analgesia que sea precisa para asegurar el confort.
- ✓ Puede ser necesaria la realización de **intervenciones ante mortem** para la obtención de órganos viables para trasplante.
- ✓ Si durante la evaluación que se realiza para confirmar la idoneidad del donante se descubriera una **enfermedad trasmisible**, la CT debería informar del hallazgo al MR y al paciente.
- ✓ En el caso de que se considere la donación cardiaca, será necesaria una planificación específica y con tiempo para organizar el desplazamiento del equipo extractor o eventualmente considerar ingreso para la PAM en otro centro.
- ✓ Existe la **posibilidad de que finalmente la donación no sea efectiva** (ej. contraindicación identificada durante la extracción).
- ✓ **Imposibilidad de conocer a las personas a las que irán destinados sus órganos** y de una donación dirigida.
- ✓ Posibilidad de **revocar el consentimiento a la donación** en cualquier momento del proceso, sin necesidad de justificarlo y sin perjuicio de que el paciente reciba la PAM tal como la considere oportuna.
- ✓ **Agradecimiento** por haber pensado en donar, sea su respuesta final positiva o negativa^{6,16}.

Lugar y medios para canalizar la información

La persona responsable de la CT podrá realizar las entrevistas con el paciente de manera presencial, virtual o telefónica, según considere más apropiado atendiendo a las circunstancias del paciente, pero se procurará mantener, **al menos, una reunión presencial previamente a la firma del consentimiento informado para la donación**. La entrevista podrá realizarse en el



hospital, en el domicilio/institución sanitaria o en el centro de salud. La CT empleará **los medios y recursos de apoyo** que sean precisos para garantizar una información adaptada a las circunstancias particulares de cada paciente.

2. CARACTERIZACIÓN DEL POSIBLE DONANTE

Como en cualquier otro proceso, la caracterización del donante tras la PAM ha de realizarse según los **estándares recogidos en el Anexo III del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre¹³, y en el Programa Marco de Calidad y Seguridad¹⁷**. No obstante, es importante resaltar que las circunstancias que rodean al proceso de donación tras PAM no son siempre superponibles a las de otros procesos de DAC. La situación habitual de los potenciales donantes es estar ingresados en el centro donante (habitualmente en una Unidad de Cuidados Intensivos), lo que permite disponer de los resultados de las pruebas instrumentales recientes para la adecuada valoración del donante. Sin embargo, en el caso de potenciales donantes tras la PAM no es infrecuente disponer de resultados de pruebas diagnósticas realizadas tiempo atrás o no contar con algunas pruebas que son necesarias para la caracterización. Por otro lado, es frecuente que estas personas no deseen ser sometidas a pruebas invasivas (ej. realización de analítica) o pruebas de imagen que impliquen visitas al hospital, por lo que pueden preferir retrasar su realización hasta el mismo día de la PAM. Por lo anterior, siguiendo las máximas del respeto a los deseos del paciente y de mínima instrumentalización posible, el proceso de caracterización se hará de **manera flexible e individualizada**. Esta flexibilización es necesaria por parte de la CT, la ONT y los hospitales trasplantadores.

En la **Tabla 1** se resumen la caracterización del posible donante y los aspectos críticos, indicando opciones para su realización a lo largo de todo el proceso. De manera general, es deseable disponer del mayor número de datos necesarios para la caracterización procedentes de la revisión de la historia clínica, la entrevista con el paciente, la exploración física y las pruebas diagnósticas efectuadas antes del ingreso del paciente en el hospital. Como se ha indicado, la propia idiosincrasia de la persona que solicita ser donante tras la PAM o la logística de la donación pueden requerir que se completen las pruebas diagnósticas el mismo día de ingreso para la PAM o incluso después de haber administrado ésta. Por tanto, este tipo de donación podrá suponer la realización y comunicación de los resultados de las pruebas complementarias **en distintas etapas del proceso**.



Tabla 1. Aspectos relativos a la caracterización del donante tras la PAM

ACCIONES QUE PUEDEN DESARROLLARSE ANTES O DESPUÉS DEL INGRESO EN EL HOSPITAL
<ul style="list-style-type: none">✓ Antecedentes patológicos: la CT revisará antes de la 1ª entrevista la HC.✓ Exploración física completa y caracterización antropométrica: antes del ingreso, obtener datos precisos de talla, peso y perímetros abdominal y torácico.✓ Pruebas complementarias, ordenadas de mayor a menor urgencia para la organización logística del proceso de donación:<ol style="list-style-type: none">1. <u>Grupo sanguíneo y serología:</u> VIH, VHB, VHC, y HTLV.2. <u>Analíticas de sangre/orina:</u> idealmente, de 24-48 h antes de la PAM.3. <u>Pruebas de imagen*:</u> siempre Rx tórax, idealmente TC toracoabdominal (especialmente si se considera la donación pulmonar) y, si no es posible, ecografía abdominal.4. <u>Ecocardiograma:</u> si se considera la donación cardiaca.
ACCIONES QUE PUEDEN DESARROLLARSE ANTES O DESPUÉS DEL TRASLADO A QUIRÓFANO
<ul style="list-style-type: none">✓ Pruebas complementarias:<ol style="list-style-type: none">1. <u>Determinaciones microbiológicas adicionales,</u> atendiendo a la procedencia del donante y la situación epidemiológica.**2. <u>PCR para SARS-CoV-2:</u> en exudado nasofaríngeo el mismo día de la PAM. Si donación pulmonar, tras la intubación, en muestra de tracto respiratorio inferior (BAS o BAL). Recomendaciones ONT SARS-CoV-2.***3. <u>Fibrobroncoscopia:</u> a valorar en caso de donación pulmonar.4. <u>Gasometría arterial</u> (FiO₂ 1, PEEP 5cmH₂O): se podrá proceder con la valoración pulmonar sin gasometría previa al diagnóstico de muerte.
<p>*La elección de las pruebas de imagen se debe hacer intentando que sean las que aportan la mayor información en el menor tiempo posible y con las menores molestias.</p> <p>** Documento de Consenso del Grupo de Estudio de la Infección en el Trasplante (GESITRA) perteneciente a la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) y la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) sobre los Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en Relación a las Enfermedades Infecciosas. Disponible : http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/GESITRA_ONT_SEIMC_WEB_mayo2020.pdf.</p> <p>*** En el momento actual está establecido el cribado universal de los donantes para SARS-CoV-2. Recomendaciones donación y trasplante frente a la COVID-19. Disponible en: http://www.ont.es/infesp/RecomendacionesParaProfesionales/Recomendaciones%20Donaci%C3%B3n%20y%20Trasplante%20frente%20a%20la%20COVID-19%20(Abril%202022).pdf</p> <p><i>HC Historia Clínica; CT equipo de coordinación de trasplantes</i></p>

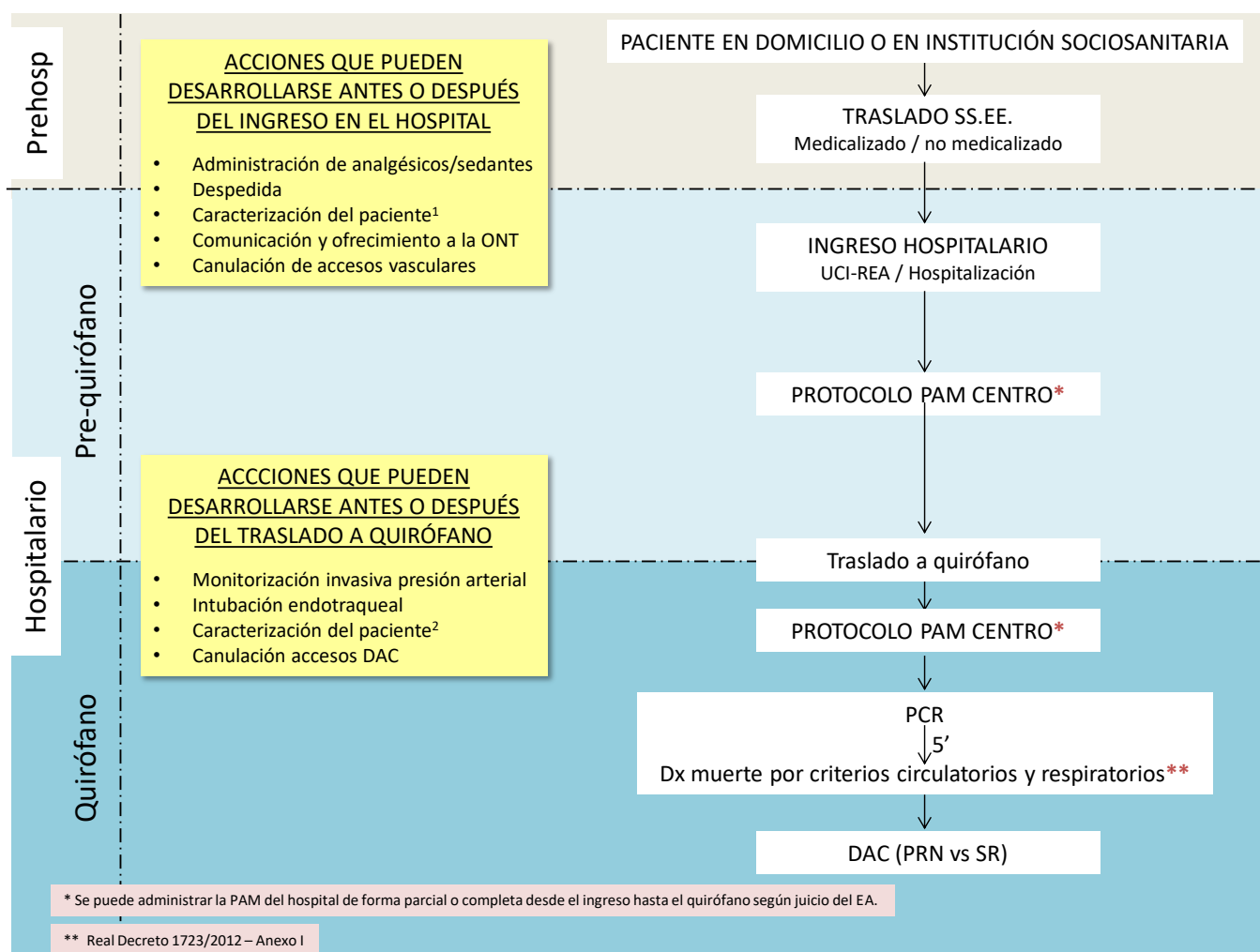
La CT responsable proporcionará a la ONT la información relativa a la caracterización del donante según vaya disponiendo de la misma, sin esperar a completar los datos. Esta información será requerida, gestionada y vehiculizada por la coordinación extrahospitalaria de trasplantes (coordinación de la ONT) para optimizar todo el proceso acorde a los estándares exigibles en todo procedimiento de donación y trasplante.



Por último, la **distribución de los órganos se hará conforme a los criterios de distribución vigentes para cada órgano** en el momento de la donación.

3. DESARROLLO DEL PROCESO DE DONACIÓN EN ASISTOLIA TRAS LA APLICACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

En la **Figura 2** se resume el proceso de DAC tras la PAM.



SEM Servicio de emergencias de cada CA.

Figura 2. Proceso de donación tras la PAM.



3.1. Ingreso: posibles circuitos

Como norma general, **el cauce del ingreso hospitalario para administración de la PAM y la donación posterior debe asemejarse lo más posible al de la PAM sin posterior donación**, tal como se articule en la CA y en el hospital. Reconociendo que la mayoría de las personas que solicitan la PAM no quieren seguir recibiendo tratamientos ni acudir más veces al hospital, es lógico procurar que el proceso de donación respete este planteamiento. Las desviaciones del procedimiento habitual de la PAM realizadas con el objetivo de asegurar la donación deben ser explicadas al EA que la aplicará, a los profesionales responsables de la CA y a la dirección médica del hospital, después de que hayan sido autorizadas por el paciente.

Si la situación clínica, las circunstancias personales del paciente o su solicitud de recibir sedación previa en domicilio hacen necesario que sea trasladado desde domicilio, el SEM junto con el EA y el CT organizarán cada traslado individualmente y con suficiente antelación.

Trasladado del domicilio o institución socio-sanitaria al hospital bajo analgesia y sedación para administración de la PAM y posterior donación

Es probable que haya pacientes decididos a ser donantes de órganos tras la PAM que quieran tener como última visión su hogar y su familia. Es preciso organizar esta modalidad en reconocimiento al derecho que la persona tiene de querer ser donante sin ingresar consciente en el hospital para recibir la PAM. Para ello será necesario gestionar la despedida y sedación en el domicilio y la aplicación de la PAM con posterior donación en el hospital, realizándose el traslado del paciente al hospital utilizando una **ambulancia medicalizada**.

Para organizar este circuito será preciso que las CT, el EA y la Coordinación Autonómica articulen con los SEM de su CA los procedimientos necesarios para el traslado de estos pacientes al hospital. Los equipos de emergencias implicados en el procedimiento deben conocer y aceptar este tipo de traslado. Puesto que es siempre programado, se recomienda que el equipo de emergencias que realice el traslado no forme parte del dispositivo ordinario. Previo al traslado, se debe planificar entre el equipo de emergencias, el EA y la CT cómo se realizará cada caso. (Figura 3).

Los **riesgos potenciales que entraña la sedación y la intubación en el domicilio se deben evaluar y explicar al paciente**. Los profesionales de los SEM y la persona responsable de la CT harán una valoración individualizada de la atención médica, contemplando la posibilidad de una intubación de vía aérea difícil y la inestabilidad hemodinámica. Si se llega al consenso de que el manejo óptimo del paciente incluye la sedación profunda seguida de intubación y ventilación mecánica, estabilización y posterior traslado, la familia y el paciente deben ser conocedores de los detalles del proceso y consentir a su realización en el domicilio^{18,19,20}.

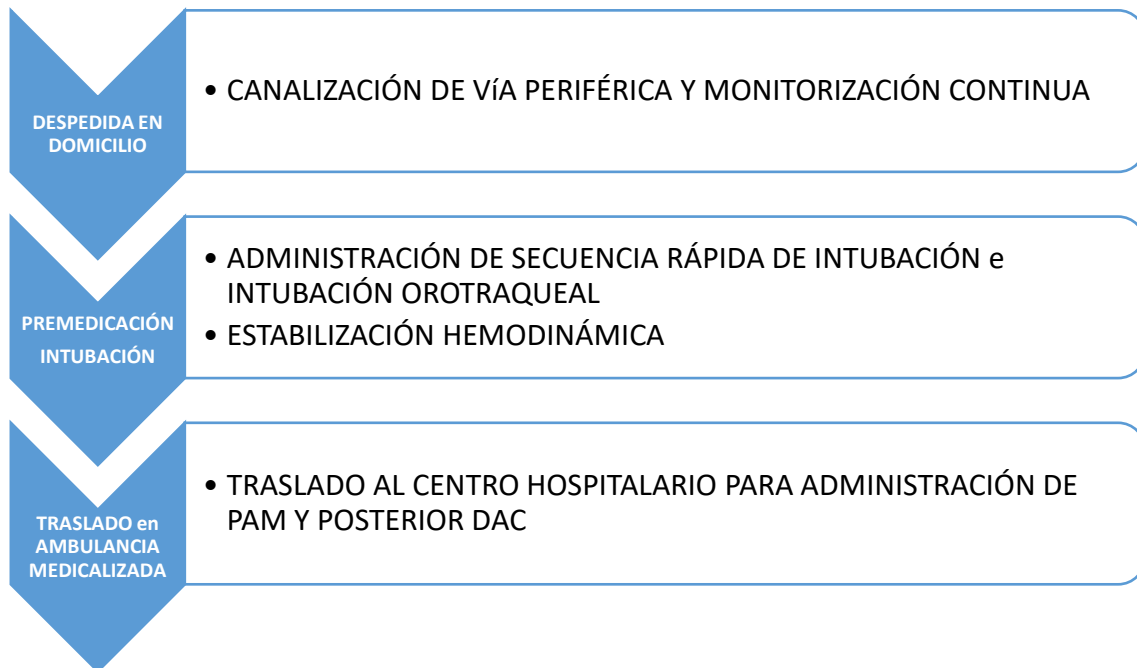


Figura 3. Traslado del domicilio o institución con SEM a hospital para la PAM y DAC

3.2. Despedida

La despedida puede tener lugar tanto en el domicilio como en el hospital, no siendo excluyentes. En el hospital el paciente podrá despedirse de aquellos a quienes designe. Es aconsejable reservar un **lugar con privacidad para ello**, teniendo en cuenta que la persona puede querer estar acompañada de sus seres queridos hasta el momento que pierda la conciencia. La CT junto con el EA deben organizar estos momentos de despedida; para ello deben saber de primera mano a quiénes quiere el paciente tener a su lado en la despedida y hasta qué momento desea que le acompañen.

3.3. Preparación para la donación

La donación tras la PAM se debe realizar a través del procedimiento de DAC. Sin embargo, su ámbito de aplicación es diferente al de los posibles donantes que ingresan en las unidades de críticos para cuidados intensivos orientados a la donación o que solicitan ser donantes tras rechazo de tratamiento de soporte vital, puesto que sabemos que fallecerán inmediatamente tras la aplicación de la PAM, lo que **disminuye considerablemente el tiempo de isquemia caliente**.

El ingreso hospitalario desde domicilio y los cuidados orientados a preservar la opción de la donación deben **individualizarse para cada posible donante**. Habrá que considerar en primer lugar los deseos expresados por el paciente, su situación clínica en el momento de llevar a cabo el ingreso para la PAM, así como las posibilidades que ofrece el hospital y la CA para realizar tanto la PAM como la posterior donación. Concretamente, la realización de procedimientos invasivos debe ser evaluada por cada paciente junto con la CT.



Se procederá a la **monitorización invasiva de la presión arterial** idealmente *ante mortem* tras sedación y analgesia, con el fin de identificar el momento en el que se inicia la hipoperfusión significativa de los órganos (definida en España como el momento en el que la presión arterial sistólica es ≤ 60 mmHg) durante el proceso de DAC y registrar los tiempos de isquemia.

En cuanto a la **canalización de vías centrales** para perfusión regional normotérmica (PRN), ésta puede hacerse *ante* o *post mortem*, siempre en un lugar que garantice la esterilidad (si se decide realizar antes de la entrada en quirófano) o en el propio quirófano. Dado que el tiempo de isquemia caliente es por fuerza menor que en la DAC en otros escenarios de fallecimiento, se debe informar sobre la posibilidad de que estas medidas invasivas también pueden realizarse *post mortem*. Si el paciente ha recibido información sobre la canulación *ante mortem* y ha firmado consentimiento específico, se podrán canalizar accesos vasculares cuando la persona haya recibido la sedación y analgesia que el EA considere oportunas, o bien tras la administración de la medicación del kit de la PAM (que puede contener propofol o tiopental), añadiendo el analgésico que se considere si no estuviera contenido en el kit.

Como en todos los procesos de DAC, la **intubación** se podrá realizar antes o después del diagnóstico de muerte. Es posible intubar tras el fallecimiento y ventilar manualmente administrando presión positiva y oxígeno para evitar el colapso alveolar. Otra opción es detener el respirador, esperar al fallecimiento y reanudar la ventilación utilizando el ambú del respirador. En caso de que sea preciso hacer fibrobroncoscopia y BAL, se debe informar a la persona de esta prueba invasiva y recabar consentimiento si se realiza *ante mortem*.

3.4. Aplicación de la prestación de ayuda para morir

La aplicación de la PAM se realizará conforme al protocolo del hospital y en línea con lo establecido en el Manual de BB.PP. en eutanasia.¹² **Ninguno de los profesionales que forman parte de la CT y ninguno de los profesionales que intervienen en el proceso de donación podrán participar en la PAM.**

3.5. Diagnóstico de fallecimiento

El diagnóstico de muerte por criterios circulatorio y respiratorio se realizará según lo estipulado en el Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre. En su artículo 9, el mencionado Real Decreto establece que la certificación de la muerte por criterios circulatorio y respiratorio será extendida por un **médico diferente del que interviene en la extracción o el trasplante**. A su vez, el Manual de BB.PP. en eutanasia especifica que **será el MR quien certifique la muerte del paciente tras la PAM.**

Por tanto, **será el MR quien certifique el fallecimiento del paciente** tras constatar de forma inequívoca la ausencia de circulación y respiración espontáneas, ambas cosas durante un **periodo no inferior a 5 minutos**. La ausencia de circulación podrá demostrarse mediante uno de los siguientes hallazgos: i) asistolia en un trazado electrocardiográfico continuo; ii) ausencia de flujo sanguíneo en la monitorización invasiva de la presión arterial; iii) ausencia de flujo aórtico en un ecocardiograma.



En aquellos casos en los que el MR no esté familiarizado con el procedimiento descrito en el Anexo I del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, se recomienda que reciba **formación previa** que le capacite para realizar el diagnóstico de muerte por criterios circulatorio y respiratorio.

3.6. Medidas de preservación in situ y obtención de órganos

La **obtención de órganos abdominales** puede realizarse con extracción super rápida o con PRN según protocolo del centro y de acuerdo con los equipos que vayan a realizarla. En caso de PRN, existen dos opciones de abordaje vascular:

- 3.6.1. Mediante técnica percutánea *ante mortem*, introduciendo catéteres de ECMO directamente o siguiendo una guía insertada previamente y catéter de Fogarty bajo analgesia y sedación. Tras el diagnóstico de fallecimiento, se bloquea la aorta mediante inflado del balón, con posterior inicio de la PRN.
- 3.6.2. Una vez diagnosticado el fallecimiento, realización de laparotomía, clampaje quirúrgico de la aorta supra celiaca, inserción directa de los catéteres de ECMO, con posterior inicio de la PRN. En caso de que el equipo extractor del hospital no estuviera familiarizado con la técnica *post mortem*, podría valorarse que otros profesionales se desplazaran para tutorizarles.

Obtención de pulmón y órganos abdominales

La obtención pulmonar se basa en una extracción súper rápida. Para la evaluación de la viabilidad pulmonar, existen dos opciones:

- 3.6.3. Intubación *ante mortem*, obtención de gasometría arterial (FiO₂₁, PEEP 5cm H₂O) de arteria radial, extubación o pausa del respirador. Diagnóstico de muerte, esternotomía media, apertura del pericardio y ambas pleuras para proceder a la valoración macroscópica. Iniciar ventilación manual para reclutamiento de las áreas de atelectasias. Canulación de arteria pulmonar e inicio de solución de preservación.
- 3.6.4. Intubación *post mortem*, esternotomía media, apertura del pericardio y ambas pleuras para proceder a la valoración macroscópica. Intubación y ventilación manual para reclutamiento de las áreas de atelectasias. Se puede obtener una gasometría arterial justo al canular la arteria pulmonar, antes de iniciar la perfusión pulmonar anterógrada con solución de preservación.

Al mismo tiempo se puede realizar extracción de **órganos abdominales**, bien mediante técnica súper rápida o bien con PRN. En este último caso, se podrá proceder a canalizar los accesos vasculares siguiendo las opciones arriba indicadas.



Obtención de corazón - pulmón y órganos abdominales

Requiere la coordinación de varios equipos. El orden de actuación quirúrgica ordinaria es primero la obtención cardiaca seguida de la pulmonar en el tórax. La obtención de órganos abdominales con perfusión tóraco-abdominal- normotérmica (PTAN) será simultánea a la de los órganos torácicos. Será preciso aislar los troncos supraaórticos mediante ligadura y drenaje o sección. Es conveniente que la persona responsable de la CT planifique con el equipo quirúrgico cardiaco que le corresponda por su zona los detalles de la obtención para poder informar con precisión tanto a la persona que solicita la PAM como al EA y a la ONT.

Si el equipo extractor decide hacer extracción súper rápida tanto del hígado como de los riñones y se pretende obtener también corazón, sería posible hacerlo infundiéndolo solo a nivel cardiaco la PRN. Realizando la misma técnica de aislamiento de troncos supraaórticos, se introduce una cánula en raíz aórtica y se perfunde sangre oxigenada a las arterias epicárdicas mediante la ECMO. La cánula de drenaje puede situarse en la aurícula derecha o en cava. La técnica de Messner y Langer añade el clampaje de la aorta ascendente para permitir iniciar la perfusión miocárdica mediante ECMO mientras se está realizando el drenaje de los troncos supraaórticos; una vez aislados, se retira el clamp de aorta.²¹

Todo el proceso de donación debería ser conocido por todos los profesionales tanto del EA, el SEM (si participa) y los integrantes del equipo de donación y trasplante. Idealmente, si están en el mismo hospital, la CT organizará una reunión conjunta para clarificar el trabajo que realizará cada profesional, de forma que se disminuya el margen de error.

3.7. Atención a la familia

Idealmente un profesional de la CT estará disponible para atender a la familia desde que el paciente ingresa en el centro hasta que concluye la donación.

Sería positivo conocer la **experiencia de los familiares** en este contexto de fallecimiento. La CT debe valorar la posibilidad de acercamiento posterior a la familia (meses después) para conocer su experiencia.

3.8. Revisión posterior del proceso en el hospital entre los profesionales intervinientes con la CT y registro de datos

En los días posteriores al proceso de donación tras la PAM, la CT debe reunir a los profesionales que intervinieron en el proceso para conocer cómo lo han vivido. Es importante que la persona responsable de la CT brinde la oportunidad a todos los que participaron de verbalizar su experiencia, no solo para proporcionar apoyo emocional, sino también para reconocer y aprender de los aspectos susceptibles de mejora.

La ONT habilitará sus sistemas de información (CORE) para la recogida de datos específicos de los procesos de DAC tras la PAM.



4. ASPECTOS ÉTICOS DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR. INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PERSONAS SIN CAPACIDAD DE HECHO PARA CONSENTIR.

En esta sección se analizan los principales problemas éticos que puede plantear el protocolo nacional de donación tras la PAM a los profesionales sanitarios de la red de coordinación y trasplante.

4.1. Proceso de información y consentimiento en personas con capacidad de hecho

En este epígrafe desarrollamos el supuesto de la persona capaz y consciente en el momento de la solicitud (art. 5.1 y 6 de la LORE), incluida la persona con discapacidad pero capaz de expresar su voluntad y preferencias con los apoyos que precise para el ejercicio de su capacidad jurídica, de acuerdo con la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica²².

Todos los pacientes que soliciten la PAM tienen el derecho de ser donantes de órganos en igualdad de condiciones que cualquier otro paciente.

Tanto la decisión de solicitar la PAM como la de donación posterior deben ser independientes y tomadas de forma consciente, voluntaria y libre, sin mediar condicionante alguno. Para ello es preciso haber recibido información detallada, resuelto los interrogantes y reflexionado sobre las alternativas disponibles. Es, por tanto, crucial definir el contenido de la información y cómo debe transcurrir el proceso deliberativo hasta la toma de decisión sobre la donación.

El **proceso de información sobre la donación tras la realización de la PAM corresponde a la persona responsable de la CT** de manera diferenciada del proceso de deliberación que establece la LORE para recibir la PAM en su artículo 8, que debe realizar el MR. Para garantizar que la solicitud de la PAM es una decisión autónoma, sólo tras recibir la primera solicitud, el MR, en el marco del mencionado proceso deliberativo, informará al paciente, empleando los medios y recursos de apoyo precisos, de que existe la posibilidad de donar sus órganos tras su fallecimiento. Si el paciente expresa interés en la donación, el MR lo notificará a la persona responsable de la CT para que se concierten las entrevistas necesarias en la forma y el lugar más convenientes para el paciente.

El **contenido de la información** sobre la donación proporcionada al paciente que ha solicitado la PAM será el mismo que la facilitada a cualquier otra persona que se plantee ser donante de órganos tras su fallecimiento, haciendo hincapié en aquellos aspectos de la DAC que influyen en el desarrollo de la PAM, específicamente:

- ✓ Necesidad de realizar exploraciones complementarias (pruebas de imagen y analíticas) para evaluar la idoneidad de los órganos y garantizar la seguridad de los receptores.



- ✓ Necesidad de llevar a cabo la PAM en una institución hospitalaria, de acordar un día en el que el EA del centro y la CT puedan realizar la PAM seguida de donación.
- ✓ Posibilidad de precisar intubación y canalización de vías venosas y arteriales, *ante o post mortem* con el objetivo de preservar los órganos en las mejores condiciones para su ulterior trasplante.

La información detallada que debe recibir el solicitante de la PAM interesado en la donación se puede encontrar en el **Anexo 1** (hoja de información y consentimiento informado sobre donación tras PAM).

La LORE establece unos plazos mínimos que deben respetarse, pero **cada paciente debe disponer de un margen razonable para madurar su decisión**. La reflexión sobre la opción de ser donante no está acotada en el tiempo ni impone *per se* un plazo específico. La persona responsable de la CT ofrecerá tantos encuentros informativos como el solicitante requiera y organizará el proceso de donación cuando el paciente haya asentido a la misma, el día que el paciente haya elegido para la PAM dentro de las opciones que permita el centro hospitalario.

Como cualquier posible donante, la persona que solicita información sobre donación tras la PAM debe conocer que su decisión de donar **puede revocarse en cualquier momento** sin que tenga ninguna consecuencia negativa para recibir la PAM. En caso de revocación, la donación se suprimiría, manteniendo la planificación del final de vida tal como la desea la persona solicitante de la PAM.

El MR y la persona responsable de la CT deberán **escribir en la historia clínica** toda la información proporcionada al posible donante, las conclusiones del proceso deliberativo, así como la fase en la que se encuentra la solicitud de la PAM y la decisión de donación. Si llegara a firmar el documento de consentimiento informado para la donación, tras el informe favorable de la CGE, la persona responsable de la CT comunicará la decisión de donación al MR y al EA del centro donde se realizará la PAM. Se deberá adjuntar en la historia clínica copia de dicho consentimiento, de forma que sea accesible a todos los profesionales.

Aunque los requisitos exigidos en la LORE hacen inviable emplear la donación como un camino para obtener la PAM o para proporcionar una liberación a su entorno personal o familiar, la persona responsable de la CT **deberá asegurarse de que la decisión de donar es totalmente independiente de la de solicitar la PAM. Si la CT tuviera sospecha razonable de que la donación supone un incentivo para la persona que solicita la PAM podría tomar la decisión de paralizar el proceso de donación.**

La decisión de solicitar la PAM no puede verse influenciada de ningún modo por la posibilidad de ser donante de órganos tras el fallecimiento, ni siquiera en el caso, por ejemplo, de que una persona allegada necesitara un trasplante. Para mayor garantía de la independencia de ambas decisiones, la persona responsable de la CT deberá realizar una evaluación exhaustiva de los motivos por los que el solicitante desea ser donante de órganos tras su fallecimiento y, **sólo después de haber sido aprobada la solicitud por la CGE, recabará la firma del documento de consentimiento informado para la donación de órganos.**



Para muchas personas la opción de ser donante de órganos al final de su vida otorga sentido a su muerte. El hecho de poder ayudar a otras personas a resolver sus problemas de salud mediante el trasplante les proporciona paz y esperanza. Estos sentimientos son los que la persona responsable de la CT podrá constatar, incidiendo en que no constituyan la razón por la que la persona solicita la PAM. Asimismo los familiares pueden tener consuelo al saber que tras este fallecimiento se produce la donación de órganos que para muchos supone sobrevivir a la enfermedad^{23,24}.

Si el solicitante de la donación tras la PAM fuera una persona con **discapacidad declarada** que puede decidir sobre la PAM con provisión de apoyo, al entenderse de que es capaz y consciente en el momento de la solicitud, (art. 5.1.a LORE) y que posee “entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí misma” (art. 3.h) LORE a contrario sensu), le corresponde a ella decidir, con los apoyos que pueda necesitar, sobre la opción de ser donante tras su fallecimiento. La persona responsable de la CT deberá **corroborar** dicha capacidad en lo que se refiere a la decisión de donar, de forma independiente a la evaluación realizada por el MR, el MC y la CGE en el marco del procedimiento de la PAM. El hecho de que el MR y el MC hayan considerado al paciente con capacidad para decidir sobre la PAM no exime a la CT de averiguar si el posible donante tiene capacidad para asentir a la donación. Si la CT albergara dudas podría paralizar el proceso de donación, puesto que es independiente del que conduce a la aprobación de la PAM.

4.2. Proceso de información y consentimiento en personas en situación de incapacidad de hecho

En todos los casos en los que el solicitante de la donación tras la PAM no posea capacidad de hecho, si ha otorgado **documento de instrucciones previas (DIP) o equivalente**, y solo si lo ha otorgado, podrá facilitarse la PAM “conforme a lo dispuesto en dicho documento” (art. 5.2 LORE). El MR (art. 5.2 LORE) es la persona responsable de evaluar si concurre o no la situación de incapacidad de hecho, definida en el artículo 3h de la LORE como la “situación en la que el paciente carece de entendimiento y voluntad suficientes para regirse de forma autónoma, plena y efectiva por sí mismo, con independencia de que existan o se hayan adoptado medidas de apoyo para el ejercicio de su capacidad jurídica”. Además, la propia LORE le faculta para presentar la solicitud de la PAM, acompañada del DIP o equivalente, cuando no exista ninguna persona plenamente capaz que pueda hacerlo (art. 6.4 LORE). En un segundo momento, la evaluación de la incapacidad le corresponde al MC, pues debe “corroborar” el cumplimiento de las condiciones establecidas en el artículo 5.1 o 5.2 (art. 8.3 LORE). Con posterioridad, la CGE verificará si concurren los requisitos y condiciones para solicitar y recibir la PAM (art.10 LORE).

Si el solicitante de donación tras la PAM es una persona que se encuentra en situación de incapacidad de hecho (art. 3.h) LORE), nunca podrá solicitar la PAM en el momento actual (art. 5.1 LORE) pero, como hemos indicado, sí podría acceder a ella si lo hizo constar en un DIP o documento equivalente legalmente reconocido cuando tenía capacidad para otorgarlo de forma individual y consciente. La voluntad de esta persona respecto de la PAM no podrá ser



suplida por ningún representante. En estos casos, **la persona responsable de la CT deberá consultar el DIP para saber si en el mismo se ha hecho referencia a la voluntad de donar o oponerse a la donación.** La obligación de consultar este documento por parte del profesional responsable de la CT está claramente establecida en el artículo 9.1.b).1º del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, cuando se refiere a "los medios previstos en la legislación vigente" para comprobar la voluntad del fallecido.

El hecho de que en el DIP figure la voluntad de ser donante tras el fallecimiento no exime a la persona responsable de la CT de indagar sobre la voluntad actual; de la misma forma que siempre se pregunta a los familiares sobre la voluntad del fallecido, incluso cuando existen instrucciones previas o documento similar en el que consta su deseo de ser donante de órganos.

En el supuesto de que el MR haya considerado que el paciente está en situación de incapacidad de hecho para la PAM en los términos de la Ley, deberá entenderse que también carece de capacidad actual para consentir a la donación. Esta circunstancia no cambia la forma en la que la persona responsable de la CT debe proceder: deberá intentar constatar la voluntad actual de la persona a través de todos los medios previstos en el artículo 9.1.b).1º del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, investigando mediante la entrevista con sus representantes o a los profesionales que le han atendido en el centro sanitario si el posible donante hizo alguna manifestación de revocación o modificación de la voluntad expresada anticipadamente en el DIP.

En todos los casos de incapacidad de hecho, se trate o no de una persona con discapacidad, la persona responsable de la CT procurará trasladar la información al paciente en un formato adecuado, de manera que le resulte accesible y comprensible a su tipo de discapacidad, empleando los medios y recursos de apoyo precisos para la mejor comprensión posible de la información. **Cuando la persona puede expresar inequívocamente su parecer en el momento presente, no debe aplicarse lo dispuesto en el DIP, pues prevalece el respeto de la voluntad actual expresada libre y voluntariamente.** Por tanto, si es la propia persona la que expresa de forma inequívoca su oposición actual a la donación, la persona responsable de la CT deberá respetar su negativa a ser donante, aunque haya sido considerado un paciente en situación de incapacidad de hecho para la PAM, o incluso si su representante opina de forma distinta. Debe tenerse en cuenta que tanto las funciones de representación –de origen legal o judicial– como la de prestación de apoyos al ejercicio de la capacidad jurídica deberán permitir el desarrollo pleno de la personalidad, estar inspiradas en el respeto a la voluntad, deseos y preferencias de la persona y en la tutela de sus derechos fundamentales, ajustándose a los principios de necesidad y proporcionalidad.

Como en todos los casos de donación en los que la persona en situación de incapacidad de hecho **no exprese su voluntad actual** de ser donante a la persona responsable de la CT, se seguirá la voluntad que, en su día, cuando era capaz, constató en el DIP, salvo que por la entrevista familiar u otros medios utilizados para intentar averiguar la voluntad actual se conozca la existencia de una modificación o revocación verbal de la voluntad expresada en documento. Si no existe tal revocación, la persona que le representa (la designada en el DIP o su cuidador principal) no podrá nunca oponerse a la expresada en el DIP.



En el caso de que en el DIP no figure explícitamente la voluntad de ser donante, la persona con incapacidad no pueda de ninguna forma expresar su voluntad actual, y figure en el DIP un representante, la CT preguntará a éste por la voluntad de donación de la persona con incapacidad de hecho y recabará la firma del consentimiento para donación.

Si estuviera designada una persona legal o judicialmente, como representante, se requerirá a dicha persona para que firme el documento de consentimiento a la donación.

En estos supuestos, aunque exista persona o personas encargadas de prestar apoyo para el adecuado ejercicio de la capacidad jurídica del donante, al encontrarse éste en situación de incapacidad de hecho, el apoyo no será suficiente para permitir el desarrollo pleno de su personalidad y su desenvolvimiento jurídico. Por lo tanto, la persona encargada de prestar apoyo no será requerida para firmar ningún documento.

Si la persona responsable de la CT alberga alguna duda sobre el procedimiento de información y consentimiento para la donación en estos casos complejos, puede consultar con el Comité de Expertos en Bioética de la ONT o el CEA del hospital.

4.3. Beneficios y cargas de la donación en asistolia tras la aplicación de la PAM

El posible donante tras la PAM deberá evaluar los posibles beneficios y cargas derivados de su voluntad de donar. Para que pueda hacer este balance de forma adecuada, es imprescindible que reciba una **información minuciosa sobre todos aquellos detalles que inciden sobre el modo de practicar la PAM cuando se pretende la donación posterior**. Se le debe asegurar que tanto el MR como el resto del EA que intervengan en el proceso de donación tras la PAM le asistirán hasta el momento de su muerte, sea cual fuere su decisión final respecto de la donación.

Igualmente, se informará al posible donante de que la asignación de los órganos obtenidos tras su fallecimiento, su posterior implante en uno o varios receptores y el adecuado mantenimiento de los sistemas de información y trazabilidad requieren comunicar la donación de órganos a los profesionales sanitarios que intervengan en el proceso, así como a la ONT, a los hospitales implicadas y a las organizaciones sanitarias autonómicas que estén autorizadas para conocer dicha información. Si el paciente expresa su deseo de que no se conozca que será donante tras la práctica de la PAM, se le informará de que **sólo será posible mantener la reserva de tal información con los límites antes citados**.

Los beneficios de la donación tal como el posible donante los concibe deben ser motivo de reflexión compartida con la CT. Así, la CT podrá conocer si su voluntad de ser donante está fundamentada en valores propios que son independientes de la forma en la que ha decidido finalizar su vida (la PAM). Si la CT concluye que los beneficios que el paciente relata son verosímelmente sostenibles de forma independiente de su deseo de recibir la PAM, los profesionales sanitarios involucrados en la realización de la PAM y en la donación posterior tienen la obligación moral de **hacer todo lo posible por hacer efectiva la voluntad de la persona que así lo decidió**.



4.4. Intimidad y calidad de la prestación

A fin de garantizar la correcta asistencia en la muerte y en la donación es preciso **planificar con antelación la atención clínica y psicológica**, evitando errores derivados de la improvisación. Es importante disponer de equipos de profesionales especializados, espacios de intimidad y personas capaces de facilitar soporte a las necesidades prácticas, emocionales y espirituales del paciente y sus allegados.

Al final de la vida es crucial que se facilite al máximo el **acompañamiento familiar** aceptado por el paciente. Las personas que como profesionales sanitarios tratan al paciente deben responsabilizarse de brindarle apoyo emocional y, en su caso, espiritual. Si el profesional que interviene carece de las habilidades necesarias para dar este soporte, pedirá ayuda a otros profesionales, siendo clave en este sentido la figura del referente clínico con mayor experiencia en el centro hospitalario.

Se podrá contactar con el grupo de expertos de bioética de la ONT para consultar aquellos casos que planteen dudas a las personas responsables de la CT, o con el CEA del hospital para los aspectos referentes a la realización de la PAM. Ambos comités podrán analizar los problemas de forma adecuada, si reciben la información detallada sobre el caso con antelación.

4.5. Tratamiento confidencial de la identidad del donante y del receptor y de sus datos personales

Con carácter general, **no puede divulgarse información alguna que permita la identificación del donante y del receptor de órganos humanos**. Como excepción, un individuo puede identificarse como donante o como receptor de forma pública, libre y voluntaria. En todo caso, ni los donantes ni sus familiares podrán conocer la identidad del receptor o la de sus familiares y viceversa, debiendo evitarse cualquier difusión de información que pueda relacionar directamente la obtención y el ulterior trasplante.

La información proporcionada al receptor asegurará que sea plenamente consciente del tipo de intervención que va a efectuarse y que conozca los posibles riesgos y las previsibles ventajas que, tanto física como psíquicamente, puedan derivarse del trasplante.

La única información que ha de recibir respecto de la persona donante es la relativa a la realización de los necesarios estudios inmunológicos de histocompatibilidad u otros que sean técnicamente apropiados al tipo de trasplante que en cada caso se trate, **quedando prohibida toda información sobre la identidad, circunstancias personales o situación del donante**.

Como en todos los procesos de donación y trasplante, **la CT debe tratar con la adecuada sensibilidad y reserva la información sobre las circunstancias del fallecimiento del donante**, evitando la comunicación de los datos no relacionados con la viabilidad del injerto o la seguridad del receptor. En cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 15 de la LORE, las circunstancias del fallecimiento (en este caso la PAM) no tienen relevancia en la eficacia del trasplante ni la seguridad del receptor, pertenecen a la esfera de la intimidad de la persona,



por lo que no deben revelarse. Además, la muerte tras aplicación de la PAM se considera legalmente muerte natural. Por todo ello, las CT, así como todo profesional sanitario que participa en el proceso de donación, debe asegurarse de transmitir exclusivamente a los profesionales aquella información necesaria para que se lleve a término la donación y el trasplante de los órganos.

El donante fallecido tras la aplicación de la PAM debe ser tratado como cualquier otro donante fallecido, con respeto a los derechos de los que gozaba en vida y a las decisiones libremente adoptadas en el ejercicio de su autonomía de voluntad.

4.6. Conflicto de intereses

El conflicto de intereses es una situación o conjunto de circunstancias que origina el riesgo de que el juicio o la actuación de un profesional respecto de un interés primario (en este caso, la correcta realización del proceso de donación de órganos de una persona solicitante de la PAM) resulte afectado o influido de forma indebida por un interés secundario (vínculo familiar o de amistad, interés económico, prestigio profesional o académico, etc.).

El conflicto de intereses analizado aquí se refiere al proceso de donación de órganos y a los profesionales implicados en él y no al procedimiento de la PAM (art. 14 de la LORE), que es distinto e independiente y que ha de ser realizado por profesionales también distintos e independientes. **En el procedimiento de la PAM**, corresponde al **MR**, al **MC** y a los miembros de la CGE enjuiciar si la persona solicitante cumple los requisitos exigidos en la LORE y, en caso afirmativo, facilitar su correcta realización por parte del MR y el EA.

En el proceso de donación de órganos y tejidos que se desarrolla tras el fallecimiento de la persona solicitante de la PAM, los profesionales que intervienen cumplen una misión distinta e independiente de la que desarrollan el MR, el MC y los miembros del EA. Su intervención puede comenzar con la notificación del MR. Si cuando el MR informa al solicitante de la PAM sobre la posibilidad de donación póstuma, el paciente manifiesta interés por conocer los detalles del proceso de donación, la CT le contactará para suministrar toda la información necesaria. Esta información va seguida de un proceso de reflexión y resolución de dudas en el que la CT interviene a demanda del solicitante. En esta fase del proceso informativo, la CT debe comprobar que la decisión de solicitar la PAM no está amparada en el deseo de ser donante. La resolución final, sea la que fuere, podrá ser revocada sin que se modifique el procedimiento elegido para la PAM. Como en otros procesos de donación, la CT tiene que **evaluar** la idoneidad del posible donante, buscando el mejor resultado de los trasplantes ulteriores. Para cumplir este objetivo, tiene que **coordinar** las actuaciones de los diferentes profesionales que intervienen en el proceso de donación. Los equipos de trasplante como conjunto de profesionales expertos en la cirugía del trasplante, cumplen, de igual forma que en todo procedimiento de trasplante, su cometido con independencia del motivo de fallecimiento del donante.

Si existiese una situación de conflicto de intereses de alguno de los profesionales que intervienen en el proceso de donación de órganos, el profesional afectado tendría el deber de



declarar tal situación. La comunicación escrita o verbal del conflicto de intereses es la primera medida para solventarlo y puede ser que este reconocimiento público lo resuelva o al menos lo atenúe. Si esto no fuera suficiente, el siguiente paso sería abstenerse de participar en la parte del proceso en el que se declara el conflicto. De ese modo se garantizará su integridad profesional, la independencia de ambos procedimientos y la confianza en el proceso y los profesionales participantes. Lo afirmado es también válido para los profesionales y el EA que participen en el procedimiento de la PAM, que deben ser totalmente ajenos al proceso de donación.

4.7. Objeción de conciencia

La objeción de conciencia es la negativa de un profesional a realizar o participar en ciertas actividades impuestas por un deber jurídico de naturaleza personal por razones de conciencia, no con la finalidad de cambiar la norma, sino con la de ser eximido de su cumplimiento.

La LORE define la objeción de conciencia sanitaria como un “derecho individual de los profesionales sanitarios a no atender aquellas demandas de actuación sanitaria reguladas en esta Ley que resultan incompatibles con sus propias convicciones.” (art. 3.f), derecho que esta Ley reconoce únicamente a los “profesionales directamente implicados en la prestación de ayuda para morir” (art. 16.1), pues el “rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia” se configura como “una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito” (art. 16.2).

De acuerdo con esta regulación de la objeción de conciencia sanitaria en la PAM (arts. 3 y 16 LORE) y con lo afirmado sobre la independencia de los procedimientos de la PAM y de donación y trasplante de órganos, los profesionales implicados en el proceso de donación y trasplante (la persona responsable de la CT y el equipo extractor) no están incluidos entre los profesionales que pueden ejercer su derecho a la objeción de conciencia a la PAM, ya que no están directamente implicados en dicho procedimiento.

Todos los profesionales que participan voluntariamente en el proceso de donación deben ceñirse a este proceso, que tiene una finalidad y unas características propias y diferentes del proceso de la PAM. En concreto, deben actuar con diligencia en la obtención y trasplante de órganos para prolongar la vida y mejorar la calidad de los potenciales receptores, respetando la decisión autónoma del paciente que quiere donar, con independencia de sus circunstancias de fallecimiento.

A la CT le corresponde informar del proceso de donación al paciente solicitante de la PAM que quiera convertirse en donante, cumpliendo sus deberes de organización y coordinación del proceso de donación de órganos y este deber de información (art. 3, 4, 9 y 11 del Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre) con la misma diligencia, seguridad y calidad con la que informaría a cualquier persona que quisiese convertirse en donante, con independencia de otras decisiones o preferencias respecto de las circunstancias del fallecimiento. En consecuencia, no existe ningún conflicto de valores que justifique la objeción de la persona



responsable de la CT en la situación planteada y sí el deber de informar, cumplir con las obligaciones propias de la CT y respetar la voluntad autónoma del paciente de convertirse en donante de órganos.

La oposición u objeción que estos profesionales puedan declarar frente a la PAM no extiende sus efectos a otras actuaciones profesionales, como podría ser la extracción de órganos o la participación en un proceso de donación. De una parte, ni la persona responsable de la obtención de órganos ni la persona que forma parte del equipo de implante son profesionales directamente implicados en la PAM, que es condición necesaria para declarar la objeción de conciencia a esta prestación, y ni siquiera participan o cooperan en la realización de dicha PAM. Al contrario, son profesionales que participan de forma voluntaria en un proceso diferente cuya finalidad es la obtención y el trasplante de un órgano de un paciente fallecido que ha decidido libremente ser donante, voluntad que se debe respetar con independencia de la causa del fallecimiento.

La objeción de conciencia es el resultado de un conflicto de deberes del profesional: respetar y cumplir una obligación jurídica y preservar su conciencia actuando conforme a las propias convicciones éticas o religiosas. Se debe distinguir de la reticencia profesional, en la que no se enfrentan un principio moral y una norma legal, sino otras razones que determinan que el profesional no realice una actuación derivada de una indicación o instrucción de una autoridad o contenida en un protocolo que atenta contra principios éticos básicos; y también del malestar moral (*moral distress*), donde tampoco existe conflicto entre dos obligaciones, pues el profesional identifica con claridad cuál es la acción correcta que debe realizar pero se siente incapaz de llevarla a cabo.

Como esta reticencia, en ocasiones, se relaciona con el desconocimiento del proceso, debería reforzarse la información sobre el procedimiento de la PAM y la formación de los profesionales implicados para no identificar erróneamente los casos de reticencia profesional o malestar profesional con los casos de objeción de conciencia. La CT debería conversar con el profesional del equipo de donación/trasplante para saber en qué consiste su malestar moral, subrayando que no participa nunca en el proceso previo de la PAM. Habría que escuchar sus preocupaciones y el motivo de su malestar e instar a que aclare a la CT sus razones, que deben diferenciarse de los aspectos emocionales de la decisión. Asimismo, convendría comunicarle que su actuación profesional está fuera del ámbito de la aplicación de la PAM, cuya ley reguladora no contiene ninguna referencia a la donación de órganos ni contempla la intervención en el proceso de otros facultativos que los citados en la propia norma, y que los profesionales que participan en el proceso de donación no deben organizarla ni tampoco informar sobre ella o colaborar en su realización.



ANEXO 1. HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO PARA LA DONACIÓN TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

HOJA INFORMATIVA DE DONACIÓN TRAS LA PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR

Usted ha solicitado la prestación de ayuda para morir (PAM) y le informamos de que, si lo desea, puede ser donante de órganos después de su fallecimiento. A continuación, detallamos las peculiaridades que tendría el proceso de donación de órganos tras la realización de la PAM. Además, puede solicitar más información o aclaraciones sobre cualquier punto a la persona responsable de la coordinación de trasplante (CT), que será avisada por su médico responsable (MR). El equipo asistencial encargado de la PAM en el hospital y el equipo responsable de la donación están formados por personas distintas.

Es importante que comprenda que su decisión de ser donante no influirá en la valoración que se realice de la PAM, y que ambos procesos son independientes en cuanto a la toma de decisiones. En caso de que usted cambiara de opinión sobre la donación, no tendrá que explicar sus motivos y, por supuesto, se mantendrá la realización de la PAM tal como usted desee.

Sus familiares o las personas allegadas que usted designe tendrán la opción de despedirle y recibirán todo el apoyo por parte de la CT.

Si decidiera ser donante, solo podrá firmar el consentimiento para la donación después de que la realización de la PAM haya sido aprobada por la Comisión de Garantía y Evaluación. Para que este consentimiento sea válido es preciso que reflexione sobre los siguientes aspectos:

- ✓ El procedimiento de la PAM se debe realizar en el hospital, aunque en algunos casos también es posible organizar, a través del servicio de emergencias, la sedación en domicilio y el traslado al hospital donde se realizará la PAM y tras su fallecimiento la donación en asistolia.
- ✓ La donación en asistolia controlada se define como el proceso de obtención de aquellos órganos viables para el trasplante después de que el médico responsable haya certificado la muerte atendiendo a criterios circulatorio y respiratorio especificados en Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.
- ✓ La PAM será realizada aplicando el protocolo que tenga el hospital, con independencia de que quiera ser donante. Su MR realizará la PAM y certificará su fallecimiento de la misma forma que para las personas que no son donantes, posteriormente se iniciará el proceso de donación en asistolia.
- ✓ La PAM seguida de donación en asistolia tiene las siguientes particularidades:
 - La necesidad de realizar pruebas para evaluar la idoneidad de los órganos y conocer si son aptos para trasplante. Estas pruebas consisten en análisis de sangre, cultivos



para descartar infección y pruebas de imagen (radiografía, ecografía o TAC). Pueden no ser necesarias todas ellas, y se harán, en la medida de lo posible, cuando usted tenga que ir al hospital por otra razón o incluso el mismo día de realización de la PAM. Será informado por la CT del resultado de estas pruebas.

- La fecha que elija para recibir la PAM en el hospital tendría que acordarla con el equipo asistencial y con la persona responsable de la CT, para que pueda organizar la donación en asistolia.
- La administración de la PAM deberá finalizar en el quirófano, para poder asegurar la obtención de órganos viables, tras la certificación de su fallecimiento.
- Para que los órganos puedan ser trasplantados, el procedimiento de donación puede incluir medidas que no se realizarían si no fuera donante. Si estas medidas se realizan antes de que usted fallezca, será siempre bajo sedación y analgesia que aseguren su confort. La CT le informará de cuáles serían necesarias en su caso concreto, entre ellas:
 - Intubación orotraqueal y ventilación temporal de los pulmones.
 - Introducción de catéteres en arterias y venas para administrar líquido o sangre oxigenada después del fallecimiento, para que se conserven los órganos para su posterior trasplante.
 - Administración de un medicamento, la heparina, para evitar la formación de coágulos que inutilizarían los órganos para trasplante.

A pesar de todas estas medidas, es posible que no se puedan obtener órganos para trasplante. Si este fuera el caso, se podrían destinar a la investigación científica¹. Además, los tejidos (córneas, huesos, válvulas cardíacas) se valorarían para trasplante.

Independientemente del resultado de la cirugía, se garantizará la correcta imagen de su cuerpo, que será entregado de su familia o personas allegadas para proceder con el rito funerario que prefiera.

Finalmente, debe saber que ni usted ni sus familiares o personas allegadas podrán recibir información sobre las personas que se beneficiarán de su donación. Las circunstancias de su fallecimiento no serán comunicadas a ninguna persona ajena al equipo de CT y serán tratadas con la debida confidencialidad.

La donación puede ser parte del final de su vida, en el marco de la Ley orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Agradecemos que haya considerado esta opción en las difíciles circunstancias en las que usted se encuentra.

Yo, (nombre del paciente).....,
declaro haber comprendido esta información, sobre la que he tenido la opción de reflexionar y de preguntar a la persona responsable de la coordinación de trasplante.

Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.



**MINISTERIO
DE SANIDAD**

Organización Nacional de Trasplantes

DNI.....

Firma

PROFESIONAL QUE INFORMA:

D./Dña.

Firma

LUGAR Y FECHA: a de..... de



**DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO PARA PACIENTES CON CAPACIDAD PARA
CONSENTIR A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS TRAS LA PRESTACIÓN DE
AYUDA PARA MORIR**

D./Dña.....con
DNI.....,

Expreso de forma libre y voluntaria el deseo de ser donante de órganos y tejidos una vez que haya fallecido tras la realización de la prestación de ayuda para morir (PAM).

DECLARO que

He sido informado/a por la persona responsable de la coordinación de trasplantes (CT) del proceso de donación en asistolia. He podido reflexionar sobre el contenido de la hoja informativa sobre donación después de mi fallecimiento tras la aplicación de la PAM. He podido formular todas las preguntas que he creído convenientes y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Sé que este proceso de donación solo puede llevarse a cabo mediante mi ingreso en un hospital, donde recibiré las medidas necesarias para asegurar mi confort hasta que se produzca mi fallecimiento y aquellas orientadas a preservar los órganos para su posterior trasplante, tal como se especifica en la hoja informativa de donación tras la aplicación de la PAM.

He sido informado de que mi familia o personas allegadas podrán estar conmigo en la despedida y que, una vez concluida la cirugía, recibirán mi cuerpo, asegurándose su correcta imagen, para que se proceda a realizar el rito funerario que prefiera.

Considero adecuada y suficiente la información recibida y sé que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento sin dar explicaciones y sin repercusión alguna sobre la realización de la PAM.

En consecuencia,

Autorizo la realización de los procedimientos y la administración de los medicamentos para la adecuada conservación de los órganos indicados en la hoja informativa de donación tras la PAM.

Autorizo la obtención de todos los órganos y tejidos que sean válidos para ser trasplantados siguiendo los requisitos que establece la legislación vigente (Ley 30/1979, de 27 de octubre y Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre).



En el caso de oposición a la obtención de algún órgano o tejido, se especifica a continuación.....

En caso de que una vez extraídos los órganos y/o los tejidos no fuera posible su trasplante, **autorizo/no autorizo** (tachar lo que no proceda) a que se destinen a la investigación científica siguiendo lo establecido en el RD 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad.

Firma del paciente

PROFESIONAL QUE INFORMA:

Nº de colegiado.....

Firma

LUGAR Y FECHA: a de..... de

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

D./Dña..... con DNI....., en fecha, revoco el consentimiento prestado para la donación en fecha y deseo que no se proceda a la obtención de ningún órgano ni tejido.

Firma del paciente

Firma del profesional



REFERENCIAS

- ¹ Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>. Acceso: Mayo 2022.
- ² Desschans B, Evrard P; Coordinator Transplant Section of the Belgian Transplant Society. *Transplant Proc* 2014; 46(9):3124-6. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.09.170.
- ³ Bollen J, de Jongh W, Hagens J, et al. Organ Donation After Euthanasia: A Dutch Practical Manual. *Am J Transplant* 2016;16(7):1967-72. doi: 10.1111/ajt.13746.
- ⁴ Bollen J, van Smaalen T, Ten Hoopen R, et al. Potential Number of Organ Donors After Euthanasia in Belgium. *JAMA* 2017; 317(14):1476-1477. doi: 10.1001/jama.2017.0729.
- ⁵ Allard J, Fortin MC. Organ donation after medical assistance in dying or cessation of life-sustaining treatment requested by conscious patients: the Canadian context. *J Med Ethics* 2017; 43(9):601-605. doi: 10.1136/medethics-2016-103460.
- ⁶ Downar J, Shemie SD, Gillrie C, et al; for Canadian Blood Services, the Canadian Critical Care Society, the Canadian Society of Transplantation and the Canadian Association of Critical Care Nurses. Deceased organ and tissue donation after medical assistance in dying and other conscious and competent donors: guidance for policy. *CMAJ* 2019; 191(22):E604-E613. doi: 10.1503/cmaj.181648.
- ⁷ Van Raemdonck D, Verleden GM, Dupont L, et al. Initial experience with transplantation of lungs recovered from donors after euthanasia. *Appl Cardiopulm Pathophysiol*, 2011;15(1), 38-48.
- ⁸ Van Reeve M, Gilbo N, Monbaliu D, et al. Evaluation of Liver Graft Donation After Euthanasia. *JAMA Surg* 2020; 155(10):917-924. doi: 10.1001/jamasurg.2020.2479.
- ⁹ Thuong M, Ruiz A, Evrard P, et al. New classification of donation after circulatory death donors definitions and terminology. *Transpl Int* 2016;29(7):749-59. doi: 10.1111/tri.12776.
- ¹⁰ Rosenbaum L. Altruism in Extremis - The Evolving Ethics of Organ Donation. *N Engl J Med*. 2020 6;382(6):493-496. doi: 10.1056/NEJMp2000048.
- ¹¹ Evrard P; Belgian Working Group on DCD National Protocol. Belgian modified classification of Maastricht for donors after circulatory death. *Transplant Proc* 2014; 46(9):3138-42. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.09.169.
- ¹² Manual de buenas prácticas en eutanasia. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/eutanasia/docs/Manual_BBPP_eutanasia.pdf. Acceso: Mayo 2022.
- ¹³ Real Decreto 1723/2012, de 28 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención, utilización clínica y coordinación territorial de los órganos humanos destinados al trasplante y se establecen requisitos de calidad y seguridad. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-15715>. Acceso: Mayo 2022.
- ¹⁴ Donación en asistolia en España: situación actual y recomendaciones. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/DONACION%20EN%20ASISTOLIA%20EN%20ESPANA%20SITUACION%20ACTUAL%20Y%20RECOMENDACIONES.pdf>. Acceso: Mayo 2022.
- ¹⁵ Protocolo nacional de donación y trasplante hepático en donación en asistolia controlada. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/DocumentosDeConsenso/PROTOCOLO%20NACIONAL%20DE%20DONACION%20HEPATICA%20EN%20ASISTOLIA%20CONTROLADA%20AGOSTO%202015%20FINAL.pdf>. Acceso: Mayo 2022.
- ¹⁶ Bollen J, de Jongh W, Hagens J, van Dijk G, Ten Hoopen R, Ysebaert D, Ijzermans J, van Heurn E, van Mook W. Organ Donation After Euthanasia: A Dutch Practical Manual. *Am J Transplant*. 2016;16(7):1967-72. doi: 10.1111/ajt.13746.



-
- ¹⁷ Programa Marco de Calidad y Seguridad. Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Programa%20Marco%20de%20calidad%20y%20Seguridad/Forms/AllItems.aspx>. Acceso: Mayo 2022.
- ¹⁸ Mulder J, Sonneveld H, Healey A, Van Raemdonck D. The first international roundtable on "organ donation after circulatory death by medical assistance in dying" demonstrates increasing incidence of successful patient-driven procedure. *Am J Transplant* 2022; 22(3):999-1000. doi: 10.1111/ajt.16879..
- ¹⁹ Mulder JGH, Sonneveld JPC. Orgaandonatie na euthanasie vanuit de thuissituatie [Organ donation following physician-hastened death at home]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2017; 161:D1779.
- ²⁰ Tajaate N, van Dijk N, Pragt E, et al. Organ donation after euthanasia starting at home in a patient with multiple system atrophy. *BMC Med Ethics* 2021; 22(1):120. doi: 10.1186/s12910-021-00686-4.
- ²¹ Manara, A, Shemie, SD, Large, S, et al. Maintaining the permanence principle for death during in situ normothermic regional perfusion for donation after circulatory death organ recovery: A United Kingdom and Canadian proposal. *Am J Transplant*. 2020; 20: 2017– 2025. <https://doi.org/10.1111/ajt.15775>
- ²² Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-9233>. Acceso: Mayo 2022.
- ²³ Bollen J, Ten Hoopen R, Ysebaert D, et al. Legal and ethical aspects of organ donation after euthanasia in Belgium and the Netherlands. *J Med Ethics* 2016; 42(8):486-9. doi: 10.1136/medethics-2015-102898.
- ²⁴ Bollen JAM, Shaw D, de Wert G, et al. Euthanasia through living organ donation: Ethical, legal, and medical challenges. *J Heart Lung Transplant* 2019; 38(2):111-113. doi: 10.1016/j.healun.2018.07.014.