



Editorial

Trasplante renal de donante vivo, situación actual y perspectivas futuras. ¿Podemos hacer más?

Living Donor Kidney Transplantation: Current Status and Future Perspectives — Can We Do More?

Q1 Esther González Monte *, Eduardo Gutiérrez Martínez, Hernando Trujillo Cuellar, Natalia Polanco Fernández, Ana Hernández Vicente, Ángel Sevillano Prieto, Lucia Rodríguez Gayo, Enrique Morales Ruiz, Amado Andrés Belmonte y Julio Pascual Santos

Servicio de Nefrología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

Q2 El trasplante renal de donante vivo (TRDV) ofrece una mejor calidad de vida y resultados clínicos, incluida la supervivencia del paciente, en comparación con permanecer en diálisis o recibir un trasplante de riñón de donante fallecido¹⁻³. Por lo tanto, representa una de las alternativas terapéuticas más eficaces y coste-eficientes para los pacientes con enfermedad renal crónica avanzada (ERCA)⁴. Sin embargo, en un país que ha convertido la donación y el trasplante en bandera de identidad sanitaria y social, resulta paradójico que la donación renal de vivo siga siendo una asignatura pendiente⁵. España, líder mundial indiscutible en trasplante de órganos, apenas supera los 400 trasplantes renales de donante vivo al año, cifras lejanas a las de países como Noruega, Reino Unido u Holanda, donde el TRDV representa hasta el 30% de los trasplantes renales realizados anualmente⁶.

A pesar de la evidencia sobre los beneficios del TRDV —mayor supervivencia del injerto, mejor calidad de vida para el receptor y menor coste para el sistema sanitario—^{3,7}, su crecimiento en nuestro país se ve limitado. Pero, ¿por qué el TRDV avanza a paso lento en un entorno supuestamente ideal? ¿Qué frenos invisibles, culturales, organizativos y profesionales persisten? Y sobre todo, ¿qué podemos —y debemos— hacer para transformar esta modalidad terapéutica en la norma y no en la excepción?

Lejos de limitarse a describir el problema, esta editorial propone un análisis crítico, invitar a la acción y plantear propuestas de mejora. Siguiendo esta línea argumental, podemos aseverar que si algo ha demostrado el modelo español de trasplante es que, cuando se apuesta de verdad, cuando se desafían los límites, los resultados llegan.

Q3 Limitaciones del TRDV en España

Se han publicado recientemente unas recomendaciones específicas dirigidas a mejorar cada una de las fases del proceso de donación renal

en vida^{8,9}; sin embargo, hablar de limitaciones del TRDV en España es señalar un conjunto de barreras múltiples y entrelazadas que, como un complejo nudo gordiano, requieren de decisiones audaces para desatarse. Esta editorial señala las limitaciones más relevantes.

Escasa percepción social y cultural

A pesar de décadas de éxito en donación de fallecido, el TRDV sigue siendo un gran desconocido para mucha población, e incluso para numerosos pacientes con ERCA que asocian la donación de órganos exclusivamente a la donación de fallecido. Es posible que una proporción significativa de los candidatos a trasplante ignore la posibilidad del TRDV o tenga creencias erróneas sobre su seguridad y resultados, impactando directamente en el proceso¹⁰.

Desigualdad territorial

Las diferencias en la actividad de TRDV entre comunidades autónomas son notables. Mientras que algunos hospitales lideran y han consolidado programas exitosos, otros apenas realizan procedimientos. La equidad territorial es una deuda pendiente que condiciona oportunidades y resultados⁵.

Falta de promoción del trasplante anticipado

El trasplante renal anticipado sigue siendo residual en nuestro país. El TRDV alcanza su máxima expresión cuando evita la diálisis, aportando beneficios clínicos indiscutibles. Sin embargo, las derivaciones tardías a consulta de trasplante y la escasa anticipación en la identificación de donantes hacen que esta posibilidad sea más aspiración que realidad.

Barreras asistenciales y logísticas

La evaluación del donante vivo es compleja —no se puede ni debe simplificar—, su duración es variable y en algunos centros puede llegar

* Corresponding author.

Correo electrónico: montego_12@yahoo.es (E. González Monte).

<https://doi.org/10.1016/j.nefro.2025.501471>

129 a ser excesiva. Los circuitos para evaluar y preparar a donantes y
 130 receptores son, en demasiados casos, lentos, farragosos y desmotivadores. La ausencia de personal específico, recursos dedicados y una
 131 clara priorización organizativa frenan lo que podría ser un proceso
 132 ágil y eficiente. Todo ello puede desincentivar el TRDV entre
 133 donantes, pacientes y profesionales sanitarios^{11,12}.

134 Reticencias profesionales y éticas

135 Persisten dudas, miedos y prejuicios sobre el TRDV entre algunos
 136 profesionales sanitarios que, con frecuencia, proyectan sus temores
 137 sobre los pacientes y sus potenciales donantes. Es el llamado «sesgo
 138 protector» que, bajo la premisa de evitar riesgos al donante, pese a su
 139 baja incidencia, genera actitudes conservadoras y termina limitando
 140 oportunidades para el receptor¹². Todos los donantes deberían ser
 141 informados del riesgo (muy bajo) de mortalidad y de desarrollar insuficiencia
 142 renal a medio-largo plazo¹³.

143 Respetar la autonomía del potencial donante no invalida la
 144 prudencia de los profesionales, por lo que la justificación ética para
 145 rechazar una donación es válida cuando, tras la evaluación, se
 146 considere que el riesgo de la donación es demasiado alto¹⁴.

147 ¿Y si nos atreviéramos a más? Propuestas para un cambio real

148 La mejora del TRDV requiere medidas decididas en múltiples
 149 niveles. España no puede resignarse a mantener su actual nivel de
 150 TRDV como si fuera un techo inamovible. Necesitamos un cambio de
 151 paradigma, que pase por:

- 152 • *Estrategia nacional de fomento del TRDV.* Son necesarias campañas
 153 audaces de comunicación a población general y pacientes renales
 154 que desmitifiquen la donación en vida y visibilicen sus beneficios
 155 reales, no solo para el receptor, sino también como acto altruista y
 156 transformador para el donante.
- 157 • *Garantizar la equidad territorial.* La cooperación entre centros con
 158 diferentes niveles de experiencia, el desarrollo de redes interhospitalarias
 159 y la transferencia de buenas prácticas permitirían reducir las
 160 diferencias regionales en el acceso al TRDV.
- 161 • *Promoción activa del trasplante anticipado.* Debe fortalecerse la
 162 coordinación entre consultas de ERCA y equipos de trasplante. Esta
 163 buena relación ayuda a identificar precozmente a pacientes
 164 candidatos y posibles donantes, administrar una información
 165 temprana, derivación precoz y evaluación rápida. Tanto los
 166 nefrólogos como el personal de enfermería implicados en el control
 167 de la ERCA tienen que ser los principales protagonistas en el
 168 suministro de información sobre el TRDV.
- 169 • *Optimización de los circuitos asistenciales.* Es clave agilizar los estudios
 170 pretrasplante mediante protocolos estandarizados, tiempos máximos
 171 de evaluación garantizados y dotación de recursos diagnósticos
 172 priorizados.
- 173 • *Formación y sensibilización del profesional sanitario.* Es muy
 174 importante la capacitación específica sobre TRDV en programas de
 175 formación continuada, abordando aspectos clínicos, éticos y
 176 comunicativos. Las nuevas tecnologías (*e-learning*, redes sociales,
 177 grupos focales con pacientes) pueden desempeñar un papel esencial
 178 en este proceso¹⁵. Todo esto ayudaría a erradicar prejuicios,
 179 actualizar conocimientos y convertir al TRDV en una recomendación
 180 activa y habitual.

181 Reflexión final

182 La historia reciente del trasplante renal en España está llena de
 183 hitos extraordinarios que parecían imposibles: triplicar las donaciones,
 184 batir récords de trasplantes, desarrollar programas pioneros de

185 intercambio... ¿Por qué no aspirar ahora a duplicar los trasplantes
 186 renales de donante vivo?

187 Contamos con los ingredientes necesarios para liderar también el
 188 TRDV: un sistema sanitario sólido, equipos especializados y una
 189 sociedad comprometida con la donación.

190 Quizás lo más inquietante del TRDV en España es que podríamos
 191 hacerlo mucho mejor sin necesidad de grandes innovaciones
 192 tecnológicas, sin inversiones descomunales, sin milagros biomédicos.
 193 Bastaría con ajustar el foco, priorizar lo importante, liderazgo clínico y
 194 una apuesta decidida para superar barreras y atreverse a desafiar
 195 inercias.

196 El TRDV no es un lujo ni una opción excepcional. Debe
 197 considerarse como una herramienta terapéutica esencial que salva
 198 y transforma vidas. Postergar su impulso por miedo, comodidad o
 199 rutina es inadmisible.

200 En un país que ha hecho del trasplante su emblema sanitario,
 201 conformarse con las cifras actuales de TRDV no es prudencia: es
 202 resignación.

203 Como bien decía George Bernard Shaw: «Si queremos cambiar la
 204 realidad, primero debemos cambiar nuestra manera de pensar.
 205 ¿Estamos dispuestos?».

206 Conflictos de intereses

207 Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Q4

208 Bibliografía

- 209 1. Matas AJ, Gillingham KJ, Humar A, Kandaswamy R, Sutherland DER, Payne WD, et al. 2202 kidney transplant recipients with 10 years of graft function: what happens next? *Am J Transplant.* 2008;8:2410-9, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-6143.2008.02414.x>
- 210 2. Montgomery RA, Lonze BE, King KE, Kraus ES, Kucirka LM, Locke JE, et al. Desensitization in HLA-incompatible kidney recipients and survival. *N Engl J Med.* 2011;365:318-26, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1012376>
- 211 3. Axelrod DA, Schnitzler MA, Xiao H, Irish W, Tuttle-Newhall E, Chang S, et al. An economic assessment of contemporary kidney transplant practice. *Am J Transplant.* 2018;18:1168-76, <http://dx.doi.org/10.1111/ajt.14702>
- 212 4. LaPointe Rudow D, Hays R, Baliga P, Cohen DJ, Cooper M, Danovitch GM, et al. Consensus conference on best practices in live kidney donation: recommendations to optimize education, access, and care. *Am J Transplant.* 2015;15:914-22, <http://dx.doi.org/10.1111/ajt.13173>
- 213 5. Organización Nacional de Trasplantes. Actividad de donación y trasplante renal en España 2024. Madrid: ONT; 2025 Disponible en: <https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/04/ACTIVIDAD-DE-DONACION-Y-TRASPLANTE-RENAL-ESPAÑA-2024.pdf>
- 214 6. Boenink R, Bonthuis M, Boerstra BA, Astley ME, Montez de Sousa IR, Helve J, et al. The ERA Registry Annual Report 2022: Epidemiology of Kidney Replacement Therapy in Europe, with a focus on sex comparisons. *Clin Kidney J.* 2024;18:sfae405, <http://dx.doi.org/10.1093/ckj/sfae405>
- 215 7. Lentine KL, Mandelbrot D. Moving to intuition to data: Building the evidence to support and increase living donor kidney transplantation. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2017;12:1383-5, <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.07150717>
- 216 8. Frutos M.Á., Crespo M, Valentín MO, Alonso-Melgar Á, Alonso J, Fernández C, et al. Recommendations for living donor kidney transplantation. *Nefrologia (Engl Ed).* 2022;42 Suppl 2:5-132, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2022.07.001>
- 217 9. Organización Nacional de Trasplantes. Análisis de situación del trasplante renal de donante vivo y hoja de ruta. Madrid: ONT; 2020 Disponible en: <http://www.ont.es/infesp/Paginas/plan-estrategico-2018-2022.aspx>
- 218 10. Waterman AD, Morgievich M, Cohen DJ, Butt Z, Chakkera HA, Lindower C, et al. Improving education outside of transplant centers about live donor transplantation: recommendations from a consensus conference. *J Am Soc Nephrol.* 2015;10:1659-69.
- 219 11. Habbous S, Arnold J, Begen MA, Boudville N, Cooper M, Dipchand C, et al. Duration of living kidney transplant donor evaluations: findings from 2 multicenter cohort studies. *Am J Kidney Dis.* 2018;72:483-98, <http://dx.doi.org/10.1053/j.ajkd.2018.01.036>
- 220 12. Domínguez-Gil B, Pascual J. Living donor renal transplantation in Spain: a great opportunity. *Nefrologia.* 2008;28:143-7.
- 221 13. Grams ME, Sang Y, Levey AS, Matsushita K, Ballew S, Chang AR, et al. Kidney-failure risk projection for the living kidney-donor candidate. *N Engl J Med.* 2016;374:411-21, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1510491>
- 222 14. Dalal A. Philosophy of organ donation: review of ethical facets. *World J Transplant.* 2015;5:44-51, <http://dx.doi.org/10.5500/wjt.v5.i2.44>
- 223 15. Barnieh L, Collister D, Manns B, Lam NN, Shoja S, Lorenzetti D, et al. A scoping review for strategies to increase living kidney donation. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2017;12:1518-27, <http://dx.doi.org/10.2215/CJN.01470217>

224
 225
 226
 227
 228
 229
 230
 231
 232
 233
 234
 235
 236
 237
 238
 239
 240
 241
 242
 243
 244
 245
 246
 247
 248
 249
 250
 251
 252
 253
 254
 255
 256
 257
 258
 259
 260