



nefrología

Revista de la Sociedad Española de Nefrología

journal homepage: www.revistanefrologia.com



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?

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

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.

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 a ser excesiva. Los circuitos para evaluar y preparar a donantes y

* Corresponding author.

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

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

On-line el 19 de diciembre de 2025

0211-6995/© 2025 Sociedad Española de Nefrología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

receptores son, en demasiados casos, lentos, farragosos y desmotivados. La ausencia de personal específico, recursos dedicados y una clara priorización organizativa frenan lo que podría ser un proceso ágil y eficiente. Todo ello puede desincentivar el TRDV entre donantes, pacientes y profesionales sanitarios^{11,12}.

Reticencias profesionales y éticas

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

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

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

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

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

Reflexión final

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

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

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

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

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

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

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

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

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>
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>
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>
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>
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-ESPANA-2024.pdf>
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>
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>
8. Frutos M.Á., Crespo M, Valentín MO, Alonso-Melgar Á, Alonso J, Fernández C, et al. Recommendations for living donor kidney transplantation. *Nefrología (Engl Ed).* 2022;42 Suppl 2:5–132, <http://dx.doi.org/10.1016/j.nefro.2022.07.001>
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>
10. Waterman AD, Morgievlch M, Cohen DJ, Butt Z, Chakkeria 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.
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>
12. Domínguez-Gil B, Pascual J. Living donor renal transplantation in Spain: a great opportunity. *Nefrología.* 2008;28:143–7.
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>
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>
15. Barnieh L, Collister D, Manns B, Lam NN, Shojai S, Lorezzetti 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>