



NOTA DE PRENSA

UN ESTUDIO REALIZADO EN ESPAÑA CONCLUYE QUE LOS TRASPLANTES RENALES DE DONANTE VIVO Y GRUPO SANGUÍNEO INCOMPATIBLE PODRIAN SER SUPERIORES A LOS QUE PROCEDEN DE UN PROGRAMA DE DONACIÓN DE VIDA CRUZADA

En la muestra analizada de 112 casos incompatibles entre 2010 y 2020, la supervivencia del paciente fue más alta en los pacientes del grupo de incompatibilidad ABO frente a los del programa cruzado.

Los investigadores del Hospital Clínic de Barcelona, autores de esta investigación, piden estudios multicéntricos más amplios para confirmar estos resultados y guiar futuras recomendaciones clínicas.

El estudio se ha presentado en el 55º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), celebrado en Oviedo con la participación de cerca de 1.500 nefrólogos y expertos nacionales e internacionales.

19 de febrero de 2026.- Cuando un paciente necesita un trasplante de riñón, pero su donante vivo no es compatible (por grupo sanguíneo o por anticuerpos), existen dos soluciones. En el trasplante con incompatibilidad de grupo sanguíneo, que es una de las dos estrategias posibles, el paciente recibe el riñón de su donante directo, aunque no compartan grupo sanguíneo, gracias a un tratamiento previo que reduce el riesgo de rechazo e induce la acomodación del órgano. En la otra estrategia, que es la donación cruzada (KPD), las parejas de donante y receptor incompatibles entran en un registro nacional junto con otras y el sistema busca posibles intercambios en lo que se denomina “cruces”: por ejemplo, el donante de la pareja A dona al receptor de la pareja B, y el donante de la pareja B dona al receptor de la pareja A, para que así todos reciban un riñón compatible, aunque no sea el de su propio donante.

En la actualidad, las guías clínicas presentan ambas estrategias como complementarias, e incluso sinérgicas, sin mostrar una clara preferencia general sobre una de las dos, debiendo aplicarse de una manera individual a cada caso. Pues bien, en un estudio realizado por especialistas del Hospital Clínic de Barcelona, la primera de estas dos estrategias ha mostrado resultados en algún aspecto y circunstancia superiores a la segunda, cuando esta última se limita a la incompatibilidad ABO. Dicho de otra forma, los pacientes que recibieron un trasplante renal de donante vivo ABOi tuvieron una tasa

de supervivencia del paciente estadísticamente mejor que los que recibieron un trasplante a través del programa nacional cruzado (KPD). En concreto, el trabajo analizó más de 350 trasplantes realizados entre 2010 y 2020, de los que 112 fueron considerados incompatibles y de ellos se comparó 62 trasplantes ABOi con 50 trasplantes cruzados (KPD), habiendo excluido los que habían entrado en el programa por temas de incompatibilidad HLA.

Los resultados fueron que la mortalidad fue más alta en el grupo KPD, con un 16%, frente al 3,2% en el grupo ABOi, afectando a la pérdida del injerto en un 34% en el grupo KPD frente al 11,3% en el grupo ABOi, pero sólo por muerte de paciente, teniendo ratios similares en la supervivencia del injerto censurada por muerte. No hubo, tampoco diferencias significativas en la tasa de rechazo entre ambos grupos, aunque el perfil inmunológico era más intenso en los del programa de donación cruzada.

Los investigadores concluyen que, en su experiencia, los trasplantes renales de donante vivo con incompatibilidad de grupo sanguíneo podrían ofrecer mejores tasas de supervivencia del paciente que los trasplantes realizados mediante programa cruzado. Sin embargo, inciden en que hay que ser cautos y es necesario realizar más análisis multicéntricos para poder establecer recomendaciones claras en las parejas incompatibles.

Esta investigación se dio a conocer recientemente en el 55º Congreso de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.), el mayor encuentro sobre la especialidad en nuestro país que reunió en Oviedo a cerca de 1.500 nefrólogos y expertos nacionales e internacionales para debatir sobre el abordaje de las patologías renales, en especial de la Enfermedad Renal Crónica (ERC), y analizar los últimos avances y retos para mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

Para más información:

Gabinete de prensa de la Sociedad Española de Nefrología (S.E.N.)

Jesús Herrera / Manuela Hernández (954 62 27 27 / 625 87 27 80)

RESUMEN DEL ESTUDIO

Número O-057

Superior patient survival in ABO incompatible living donor kidney transplant than kidney paired donation

I. REVUELTA¹, LL. PERI², D. PAREDES³, JL. CARO⁴, M. LOZANO⁵, A. PEDRAZA⁶, P. CHARRY⁷, E. PALOU⁸, M. MUSQUERA², F. DIEKMANN¹

¹Department of Nephrology and Kidney Transplant. Hospital Clínic of Barcelona (Barcelona/Spain), ²Department of Urology. Hospital Clínic of Barcelona (Barcelona/Spain), ³Organ Coordination Unit.. Hospital Clínic of Barcelona (Barcelona/Spain), ⁴Department of Immunology. Hospital Clínic of Barcelona Hospital Clínic of Barcelona (B), ⁵Apheresis and Cell Therapy Unit. Hospital Clínic of Barcelona (B), ⁶Blood Bank Department, Biomedical Diagnostic Center. Hospital Clínic of Barcelona B), ⁷Apheresis and Cell Therapy Unit. Hospital Clínic of Barcelona (Barcelona/Spain), ⁸Department of Immunology. Hospital Clínic of Barcelona (Barcelona/Spain)

Contenido:

Background:

Incompatibility is one of the challenges of the transplant community. ABO incompatible (ABOi) living donor kidney transplant (LDKT) offers excellent results with respect to deceased donor and dialysis, although worse than LDKT with compatible blood group (BG)(ABOc). But, the reality is that these couples would only have one ABOc in the Kidney Exchange Program (KEP). Our objective is to compare the ABOi LDKT with the ABOc LDKT in a national KEP (KPD LDKT).

Methods

Retrospective unicenter study (2010-2020) with a minimum of FU of 5 years. ABOi LDKT criteria for transplant was based on either IgM or IgG initial (<1024) and at-transplant (≥ 8) isoagglutinin titers. KPD LDKT criteria were by immunological and BG incompatibilities, excluding in the analysis DES- treated patients. A comparative specific subgroup of KPD, included in KEP due to only BG incompatibility (KPD*ABOi LDKT). After the initial main outcomes analysis, we focus in mortality approach in multivariate analysis. Ethics Committee approved the study.

Results

352 of 772 LDKT were included in the study, meeting the inclusion criteria 112 LDKT (62 ABOi LDKT; 50 KPD LDKT, 19 KPD*ABOi LDKT). Females ($p=0.001$), higher cumulated dialysis vintage ($p=0.013$) and immune risk ($p=0.004$), and previous transplant ($p=0.024$) in KPD LDKT than ABOi LDKT in the same FU (71.86 ± 31.96 vs 66.60 ± 32.14 Mo, $p=0.390$). Higher graft loss was showed in KPD LDKT (34% vs 11.3%, $p=0.004$) due to higher mortality (16% vs 3.2%, $p=0.021$), with no expected- higher any kind of rejection rate differences between both groups ($p=0.564$), either ABMR (0.494). In the survival analysis, higher recipient age ($p=0.005$), KPD LDKT over ABOi LDKT ($p=0.021$), KPD*ABOi LDKT over ABOi LDKT ($p=0.007$), and higher immune risk ($p=0.056$) were the risk factors associated to mortality in the univariate analysis; However, only recipient age (OR 1.10 [1.02-1.20], $p=0.014$) and KPD*ABOi LDKT over ABOi LDKT (OR 11.07 [1.61-75], $p=0.014$) were the associated factors in the multivariate analysis.

Conclusions

In our center, ABOi LDKT demonstrated superior patient survival than KPD LDKT. KPD LDKT recipients included in KEP due to BG incompatibility had higher mortality than ABOi LDKT recipients. Further multicenter analysis have to be done for establish the recommendations in incompatible pairs.