

**Judit Magraner Dios
Nuria Sánchez Querol**

**INFLUENCIA DEL EDADISMO EN LA SELECCIÓN DE
DONANTES DE ÓRGANOS DE EDAD AVANZADA: UNA
REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA SISTEMATIZADA**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

Dirigido por: Dra. Marta Peña García

Enfermería



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Facultad de Enfermería

TARRAGONA 2025-2026

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, queremos agradecer a nuestra tutora por su orientación inicial y por introducirnos el concepto de edadismo, que ha resultado ser clave para el desarrollo de este trabajo.

Asimismo, queremos expresar nuestro agradecimiento a nuestras familias por su apoyo incondicional a lo largo de estos años de formación, especialmente durante la realización del Trabajo de Fin de Grado. Su confianza, comprensión y acompañamiento han sido fundamentales en todo el proceso.

Por último, nos gustaría reconocer a todos los profesionales y docentes que, a lo largo de la carrera, nos han transmitido sus conocimientos y valores, contribuyendo a nuestra formación tanto académica como personal dentro del ámbito sanitario.

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN.....	7
ABSTRACT.....	8
1. INTRODUCCIÓN.....	9
2.1. Pregunta de investigación P.E.O.....	11
2.2. Objetivo general.....	11
2.3. Objetivos específicos.....	11
3. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1. Envejecimiento poblacional y donación de órganos.....	12
3.2. Donación de órganos:.....	13
3.2.1 Concepto y fundamentos.....	13
3.2.2. Criterios de la donación de órganos.....	14
3.2.3. Modelo español de donación y su implicación en el circuito de donación de órganos.....	15
3.2.4. Organización del modelo español.....	16
3.2.5. Circuito de la donación de órganos.....	16
3.2.6. Rol del profesional sanitario en las diferentes fases del circuito de donación.....	17
3.2.7. Implicaciones éticas y relación con el edadismo.....	19
3.3. Edadismo.....	19
3.3.1. Tipos.....	20
3.3.2. Edadismo en el personal sanitario.....	21
3.3.3. Consecuencias clínicas del edadismo profesional.....	22
4. METODOLOGÍA.....	23
4.1. Diseño.....	23
4.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	23
4.3. Selección de estudios.....	28
4.4. Extracción y síntesis de datos.....	30
4.5. Criterios de análisis.....	30
4.6. Consideraciones éticas.....	31
4.7. Limitaciones.....	31
4.8. Uso de la inteligencia artificial (Chat GPT).....	32
5. RESULTADOS.....	33
5.1. Conocimientos, actitudes y edadismo de los profesionales sanitarios ante la donación de órganos:.....	33
5.1.1 Actitud de los profesionales sanitarios:.....	33
5.1.2. Conocimientos y formación sobre donación de órganos:.....	34
5.1.3. Comunicación y entrevista familiar:.....	35
5.1.4. Factores emocionales y éticos en la donación de órganos:.....	35
5.1.5. Barreras organizativas y estructurales en el proceso de donación:.....	36
5.1.6. Edadismo y atención sanitaria en personas mayores:.....	36
5.2. Evidencia científica sobre la viabilidad del donante mayor.....	37
5.2.1 Trasplante hepático.....	37

5.2.2 Trasplante renal.....	38
5.2.3 Infrautilización de órganos.....	39
6. DISCUSIÓN.....	40
7. CONCLUSIONES.....	44
8. BIBLIOGRAFÍA.....	46
9. ANEXOS.....	54

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Estrategia de búsqueda.....	26
Tabla 2. Matriz de extracción.....	56
Tabla 3. Resultados. Conocimientos, actitudes y edadismo de los profesionales sanitarios ante la donación de órganos.....	74
Tabla 4. Resultados. Evidencia científica sobre la viabilidad del donante mayor.....	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de flujo.....	29
Figura 2. Número de donaciones en España distribuido por años (ONT, 2026).....	52
Figura 3. Comparación de donación de órganos en España vs otros países 2024 (ONT, 2026).....	53
Figura 4. Tasa pmp de donantes fallecidos procedentes de cada país clasificados en 3 grupos de edad.....	54
Figura 5. Porcentaje de donantes fallecidos procedentes de cada país clasificados en 3 grupos de edad.....	55

LISTADO DE SIGLAS Y ABREVIATURAS

1. **ACLF:** Acute-on-Chronic Liver Failure (Insuficiencia hepática aguda sobre crónica)
2. **APA:** American Psychological Association (Asociación Americana de Psicología)
3. **BAR:** Balance of Risk (Escala de riesgo en trasplante hepático)
4. **CINAHL:** Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (Índice acumulativo de literatura de enfermería y ciencias afines)
5. **DAA:** Direct-Acting Antivirals (Antivirales de acción directa)
6. **DBD:** Donation after Brain Death (Donación tras muerte encefálica)
7. **DCD:** Donation after Circulatory Death (Donación tras muerte circulatoria / donación en asistolia)
8. **DMC:** Donación tras muerte circulatoria
9. **GODT:** Global Observatory on Donation and Transplantation (Observatorio Global de Donación y Trasplante)
10. **HCV:** Hepatitis C Virus (Virus de la hepatitis C)
11. **HLA:** Human Leukocyte Antigen (Antígenos leucocitarios humanos)
12. **HR:** Hazard Ratio (Razón de riesgos)
13. **HTA:** Hipertensión arterial
14. **IMC:** Índice de Masa Corporal
15. **IPTW:** Inverse Probability of Treatment Weighting (Ponderación por probabilidad inversa del tratamiento)
16. **MELD:** Model for End-Stage Liver Disease (Modelo para enfermedad hepática terminal)
17. **NASH:** Non-Alcoholic Steatohepatitis (Esteatohepatitis no alcohólica)
18. **NVivo:** Software de análisis cualitativo de datos
19. **OMS:** Organización Mundial de la Salud
20. **ONG:** Organización no gubernamental
21. **ONT:** Organización Nacional de Trasplantes
22. **OR:** Odds Ratio (Razón de probabilidades)
23. **P.E.O.:** Population, Exposure, Outcome (Población, Exposición, Resultado)
24. **PCID-DTO:** Proyecto Colaborativo Internacional Donante sobre Donación y Trasplante de Órganos
25. **pmp:** Por millón de población

26. **PRISMA:** Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (Elementos de referencia para revisiones sistemáticas y metaanálisis)
27. **SEM:** Servicios de Emergencias Médicas
28. **SEMES:** Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias
29. **SOFT:** Survival Outcomes Following Liver Transplantation (Escala predictiva de supervivencia tras trasplante hepático)
30. **SPSS:** Statistical Package for the Social Sciences (Paquete estadístico para ciencias sociales)
31. **SRR:** Super Rapid Recovery / técnica de preservación rápida de órganos
32. **SRTR:** Scientific Registry of Transplant Recipients (Registro Científico de Receptores de Trasplante)
33. **SUH:** Servicios de Urgencias Hospitalarias
34. **TITLE-ABS-KEY:** Campo de búsqueda de Scopus (Title, Abstract, Keywords)
35. **UCI:** Unidad de Cuidados Intensivos
36. **UNOS:** United Network for Organ Sharing (Red Unida para la Compartición de Órganos)
37. **VHC:** Virus de la hepatitis C
38. **WHO:** World Health Organization (Organización Mundial de la Salud)

RESUMEN

Título: Influencia del edadismo en la selección de donantes de órganos de edad avanzada: una revisión bibliográfica sistematizada.

Objetivo: Analizar la influencia del edadismo en el proceso de donación de órganos en población geriátrica, así como examinar la evidencia científica disponible sobre la viabilidad de los órganos procedentes de donantes mayores.

Metodología: Se realizó una revisión bibliográfica sistematizada de la literatura científica. La búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, CINAHL, Scopus y Dialnet Plus, combinando mediante operadores booleanos términos relacionados con el edadismo, la donación de órganos y el personal sanitario.

Resultados: Los resultados muestran que, aunque los profesionales sanitarios presentan una actitud generalmente favorable hacia la donación de órganos, existen déficits en conocimientos, formación específica y habilidades comunicativas, así como una discrepancia entre actitud y práctica clínica. Por otro lado, la evidencia científica respalda el uso de órganos procedentes de donantes mayores como estrategia válida para paliar la escasez de órganos, a la vez que indica que son clínicamente viables en numerosos casos, siempre tras una correcta valoración clínica y funcional.

Conclusión: La evidencia científica revisada sugiere que determinados sesgos y percepciones asociados a la edad pueden influir en la selección y utilización de órganos procedentes de personas mayores, pese a que numerosos estudios respaldan su viabilidad clínica cuando se realiza una adecuada valoración clínica y funcional. Asimismo, se identifica la necesidad de reforzar la formación y sensibilización de los profesionales sanitarios para favorecer una toma de decisiones basada en criterios clínicos y no exclusivamente en la edad cronológica.

Palabras clave: edadismo, donación de órganos, donante mayor, profesionales sanitarios, enfermería, sensibilización profesional.

ABSTRACT

Title: Influence of ageism on the selection of older organ donors: a systematized literature review.

Objective: Analyze the influence of ageism in the organ donation process in the geriatric population, as well as examine the available scientific evidence on the viability of organs from older donors.

Methodology: A systematized literature review of the scientific literature was conducted. The search was carried out in the PubMed, CINAHL, Scopus, and Dialnet Plus databases, combining terms related to ageism, organ donation, and healthcare personnel using Boolean operators.

Results: The results show that, although healthcare professionals generally have a favorable attitude towards organ donation, there are deficits in knowledge, specific training, and communication skills, as well as a discrepancy between attitude and clinical practice. On the other hand, scientific evidence supports the use of organs from older donors as a valid strategy to alleviate the shortage of organs, while also indicating that they are clinically viable in numerous cases, always after proper clinical and functional evaluation.

Conclusion: The reviewed scientific evidence suggests that certain biases and age-related perceptions can influence the selection and use of organs from older individuals, despite numerous studies supporting their clinical feasibility when an appropriate clinical and functional assessment is performed. Likewise, there is a need to strengthen the training and awareness of healthcare professionals to promote decision-making based on clinical criteria and not exclusively on chronological age.

Keywords: Ageism, organ donation, elderly donor, healthcare professionals, nursing, professional awareness.

1. INTRODUCCIÓN

La donación de órganos se ha convertido en un pilar fundamental dentro de los sistemas sanitarios modernos, especialmente en un contexto marcado por el aumento de la esperanza de vida y el progresivo envejecimiento de la población (Organización Nacional de Trasplantes [ONT], 2023). Esta transformación demográfica ha modificado el perfil del donante potencial, incrementando de forma notable la edad media de quienes participan en los programas de donación (ONT, 2023). Paralelamente, los avances en medicina y cirugía han demostrado que la edad cronológica no constituye necesariamente un impedimento para la donación, siempre que los órganos presenten una adecuada funcionalidad y calidad (ONT, 2023). Pese a ello, persisten reticencias y estereotipos que continúan influyendo en la percepción de viabilidad de los órganos procedentes de personas mayores.

La elección de este tema surge del interés personal por profundizar en una realidad poco explorada durante la formación académica, pero claramente relevante en la práctica clínica actual. Inicialmente, diversas preguntas guiaron nuestra aproximación al tema: ¿existen criterios de exclusión basados en la edad que no estén justificados clínicamente?, ¿podría el edadismo estar condicionando la selección de potenciales donantes?, ¿influye la percepción de los profesionales en la exclusión de candidatos mayores más allá de su estado funcional? Estas reflexiones situaron el foco en la necesidad de examinar con mayor rigor el papel de la edad en el proceso de donación y las posibles barreras sociales y profesionales que lo condicionan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) señala que el edadismo constituye una de las formas de discriminación más normalizadas y socialmente aceptadas, con importantes repercusiones en el ámbito sanitario. Se manifiesta de múltiples maneras: desde la subestimación de las capacidades de los pacientes mayores hasta su exclusión implícita en decisiones clínicas, sin una valoración objetiva y basada en la evidencia (OMS, 2021; North & Fiske, 2016). Estudios recientes muestran que algunos profesionales siguen considerando los órganos geriátricos como menos viables, pese a que la literatura científica actual contradice esta percepción. Además, también evidencian la persistencia de sesgos edadistas vinculados a la falta de formación específica y a creencias arraigadas en torno al envejecimiento (Jacobson et al., 2022). Este fenómeno puede explicarse a través de modelos teóricos como el "Risk of Ageism Model", que describe cómo las actitudes negativas hacia el envejecimiento

influyen en decisiones sociales y sanitarias (Swift et al., 2017). En paralelo, según informes de la ONT, se refleja un aumento sostenido en la edad media de los donantes, subrayando la necesidad de revisar los criterios y actitudes que rigen el proceso de donación.

En este contexto, los profesionales sanitarios desempeñan un papel clave en la identificación y valoración de posibles donantes, así como en la comunicación con las familias. La ausencia de formación específica en donación y geriatría, junto con estereotipos persistentes, puede influir negativamente en el proceso, limitando la inclusión de personas mayores como potenciales donantes (OMS, 2021). Por ello, resulta imprescindible analizar cómo afecta el edadismo a la práctica clínica y qué estrategias pueden implementarse para promover una visión más inclusiva, ética y fundamentada en la evidencia.

Este trabajo, titulado "Influencia del edadismo en la selección de donantes de órganos de edad avanzada: una revisión bibliográfica sistematizada", se plantea mediante una revisión bibliográfica sistematizada exhaustiva de: artículos científicos, documentación institucional y literatura especializada. A partir de este análisis, se pretende examinar la influencia del edadismo en el proceso de donación y valorar hasta qué punto las creencias y actitudes de los profesionales pueden condicionar la consideración de donantes mayores. Asimismo, se elaborarán materiales educativos orientados a la sensibilización y formación del personal sanitario, contribuyendo así a una práctica más equitativa y libre de prejuicios.

En este contexto, el trabajo se orienta a examinar la evidencia científica disponible sobre la influencia del edadismo en la selección de donantes de órganos de edad avanzada, así como las percepciones y actitudes de los profesionales sanitarios y la viabilidad clínica de los órganos procedentes de donantes mayores.

Se espera que los resultados obtenidos puedan contribuir al diseño de estrategias institucionales, programas de formación y políticas clínicas orientadas a garantizar una atención más justa, eficiente y éticamente fundamentada, donde la edad cronológica no constituya un criterio excluyente en la donación de órganos.

2. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

2.1. Pregunta de investigación P.E.O.

¿Qué evidencia científica existe sobre la influencia del edadismo en la selección de donantes de órganos de edad avanzada y sobre la percepción de viabilidad clínica de los órganos procedentes de donantes mayores?

- **P (Población):** Profesionales sanitarios y donantes de órganos de edad avanzada.
- **E (Exposición):** Edadismo (actitud, sesgos, creencias) relacionados con la edad / falta de formación.
- **O (Outcome/Resultado):** Impacto en la donación de órganos.

2.2. Objetivo general

Analizar la influencia del edadismo —tanto implícito como explícito— en la donación de órganos procedentes de personas mayores.

2.3. Objetivos específicos

1. Objetivos descriptivos

- Describir las manifestaciones del edadismo, tanto implícito como explícito, en el ámbito sanitario en relación con la donación de órganos procedentes de personas mayores.
- Identificar las barreras sociales, profesionales, organizativas y formativas que limitan la inclusión de donantes geriátricos en los procesos de donación.

2. Objetivos analíticos

- Analizar las creencias, percepciones y actitudes del personal sanitario respecto a la donación de órganos en personas mayores.
- Examinar la evidencia clínica disponible sobre la utilización de donantes geriátricos y los resultados de los trasplantes realizados con órganos de personas mayores.
- Evaluar la evidencia científica sobre la viabilidad y calidad de los órganos procedentes de donantes de edad avanzada.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Envejecimiento poblacional y donación de órganos

El envejecimiento poblacional constituye uno de los principales fenómenos demográficos del siglo XXI. El aumento de la esperanza de vida y la disminución de la natalidad han incrementado de forma sostenida el porcentaje de personas mayores de 65 años. Según la OMS, el envejecimiento es una tendencia global que impacta directamente en los sistemas sanitarios y en la planificación de recursos asistenciales.

Este cambio demográfico implica que cada vez hay más personas mayores y menos jóvenes en la población. En el ámbito de la donación de órganos, esta transformación influye tanto en la oferta como en la demanda de trasplantes. Por un lado, la tasa de donación por millón de habitantes tiende a aumentar, dado que la muerte cerebral y otras causas compatibles con la donación son más frecuentes en edades avanzadas. Por otro lado, también aumenta la necesidad de trasplantes en personas de mayor edad.

En un análisis realizado en 43 países, se observó que el porcentaje de población mayor de 65 años explicaba el 33% de las diferencias en las tasas de donación entre países y hasta el 91% de la variación tras ajustar por edad, concluyendo que las poblaciones más envejecidas presentan un mayor potencial de donación (Cuende et al., 2007). Estos datos evidencian que el envejecimiento no constituye necesariamente una limitación, sino que puede representar una oportunidad para ampliar la disponibilidad de órganos si los sistemas sanitarios adaptan adecuadamente sus procesos.

En España, y en otros sistemas sanitarios que han incorporado activamente donantes de edad avanzada, se han alcanzado tasas muy elevadas de donación (figuras [2](#) y [3](#)) gracias a la inclusión progresiva de personas mayores de 65 años en los programas de trasplante (ONT, 2023) como por ejemplo el programa *old for old* que tiene como objetivo aprovechar órganos de personas mayores asignando preferentemente a receptores también mayores, se usa sobretodo en trasplante renal, y así poder reducir el tiempo de espera aprovechando órganos válidos de donantes mayores de 60 años (Fernández-Lorente et al., 2012). De hecho, el Observatorio Global de Donación y Trasplante (GODT) ha fabricado gráficos (figuras [4](#) y [5](#)) en base a las estadísticas recogidas de donantes fallecidos procedentes de 75 países de todo el mundo, donde destaca España, que es uno de los países referentes a nivel mundial en términos de

donación, por su alto porcentaje de donantes mayores. Según los datos de la Generalitat de Catalunya (2024), la edad media de los donantes ha pasado de 52 años en 2003 a 58 años en 2024, con un porcentaje significativo de donantes mayores de 65 años. En el informe más reciente de la Generalitat de Catalunya (2026), en 2025 la edad media ascendió a 61 años, registrándose incluso donantes de hasta 93 años. Paralelamente, la ONT (2026) informa que el 60% de los donantes tienen >60 años, el 32% >70 años y el 5% >80 años, consolidó un perfil de donante con criterios expandidos, donde la funcionalidad del órgano prevalece sobre la edad cronológica.

La evidencia científica respalda la viabilidad de los órganos procedentes de donantes geriátricos, sobre todo en trasplante de riñón e hígado, siempre que se realice una adecuada selección clínica. Dayoub et al. (2018) concluyen que, en general, la mayor edad del donante se asocia a peores resultados, aunque el impacto varía según el órgano. Por ello, la edad cronológica por sí sola no debería ser un criterio absoluto de exclusión, siendo más relevantes los parámetros clínicos y funcionales del órgano.

En resumen, el envejecimiento de la población y la incorporación de donantes mayores constituyen factores clave para comprender el perfil actual de los donantes de órganos. Estos datos permiten contextualizar la importancia de examinar la influencia de factores sociales y profesionales, como el edadismo, en la selección de donantes geriátricos.

3.2. Donación de órganos:

3.2.1 Concepto y fundamentos

La donación de órganos es el proceso mediante el cual una persona, viva o fallecida, cede voluntariamente uno o varios órganos con fines terapéuticos para su trasplante en otra persona con insuficiencia orgánica grave e irreversible. El trasplante constituye en la actualidad una de las intervenciones médicas más eficaces para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de pacientes con fallo terminal de órganos como riñón, hígado, corazón o pulmón (Kotloff et al., 2015).

Desde el punto de vista ético y organizativo, la donación se fundamenta en principios de altruismo, gratuidad, equidad y respeto a la autonomía. La OMS establece que debe realizarse sin compensación económica y bajo sistemas transparentes que garanticen una asignación justa de los órganos. En España, el modelo coordinado por la ONT se basa en el consentimiento presunto y en una coordinación hospitalaria estructurada, siendo un referente internacional por sus elevadas tasas de donación.

La donación puede clasificarse en donación de donante fallecido y de donante vivo. La donación de donante fallecido puede producirse tras el diagnóstico de muerte encefálica o mediante protocolos de donación en asistolia (muerte circulatoria controlada o no controlada), mientras que la donación de donante vivo se realiza principalmente en trasplante renal y, en menor medida, hepático, garantizando siempre la seguridad del donante mediante una evaluación clínica rigurosa (Kotloff et al., 2015; Lapasia et al., 2011).

En las últimas décadas, la escasez de órganos y el envejecimiento poblacional han favorecido un desplazamiento desde criterios rígidos basados en la edad cronológica hacia una valoración individualizada del riesgo y la funcionalidad del órgano.

En este contexto, la edad del donante ha dejado de considerarse un criterio excluyente por sí mismo, lo que refuerza la necesidad de analizar cómo factores no clínicos, como el edadismo, pueden influir en la selección y la utilización de órganos potencialmente viables.

3.2.2. Criterios de la donación de órganos

Los criterios de selección de donantes de órganos se han basado tradicionalmente en parámetros clínicos destinados a garantizar la seguridad del receptor y la viabilidad del órgano. Estos criterios pueden diferenciarse según se trate de donante fallecido o donante vivo, aunque en ambos casos se observa una evolución hacia modelos de evaluación más individualizados.

Donante fallecido

La donación en este caso puede realizarse tras el diagnóstico de muerte encefálica o mediante protocolos de donación en asistolia (muerte circulatoria), de acuerdo con la legislación vigente de cada país.

Los criterios generales de inclusión incluyen:

- Diagnóstico válido de muerte encefálica o activación de protocolo de donación en parada circulatoria.
- Ausencia de contraindicaciones absolutas.
- Evaluación favorable de la función orgánica mediante pruebas analíticas, estudios de imagen e inspección macroscópica (Kotloff et al., 2015; Kisiołek et al., 2024; Westphal et al., 2016).

Las contraindicaciones absolutas se centran fundamentalmente en el riesgo de transmisión al receptor, como neoplasias malignas activas o infecciones sistémicas no controladas.

Donante vivo

En el caso del donante vivo, especialmente en trasplante renal, la prioridad es garantizar la seguridad del donante.

Los criterios actuales han evolucionado hacia una mayor flexibilidad, permitiendo la inclusión de donantes de mayor edad o con comorbilidades controladas, siempre tras una evaluación exhaustiva. Las principales causas de exclusión incluyen patologías que aumentan el riesgo para el donante, como enfermedad cardiovascular significativa o alteraciones orgánicas relevantes (Lapasias et al., 2011; Ahmadi et al., 2014).

Expansión de criterios y donantes marginales

Diversas guías internacionales coinciden en que la edad cronológica no debe considerarse un criterio excluyente por sí mismo, ya que órganos procedentes de donantes de edad avanzada pueden ofrecer resultados clínicos satisfactorios cuando la evaluación funcional es adecuada (Dayoub et al., 2018).

3.2.3. Modelo español de donación y su implicación en el circuito de donación de órganos

El sistema español de donación de órganos se fundamenta en el modelo de consentimiento presunto, regulado por la Ley 30/1979, según la cual toda persona es considerada donante potencial, salvo que haya expresado en vida su negativa (ONT, 2026). Este modelo tiene como objetivo maximizar la disponibilidad de órganos para trasplante.

No obstante, en la práctica clínica, el proceso incorpora un enfoque ético que combina el marco legal con la consulta de los familiares. Antes de proceder a la donación, el equipo sanitario y el coordinador de trasplante verifican si existe una voluntad anticipada registrada y, en su ausencia, consultan a la familia para conocer las preferencias del fallecido. Este enfoque favorece la aceptación del proceso y reduce el conflicto durante el duelo (ONT, 2026)

Este modelo, basado en la combinación de consentimiento presunto y entrevista familiar, constituye uno de los pilares del denominado modelo español de trasplantes,

reconocido internacionalmente por su eficacia y sus elevadas tasas de donación (ONT, 2026).

Desde la perspectiva del profesional sanitario, este sistema implica un papel activo en distintas fases del proceso. En el ámbito hospitalario, los profesionales deben identificar potenciales donantes, verificar la ausencia de oposición expresa y participar en la comunicación con las familias. En este contexto, la formación en aspectos éticos, legales y comunicativos resulta fundamental para garantizar una práctica adecuada.

Diversos estudios, como por ejemplo el estudio de Costa-Font (2021) han evidenciado la existencia de lagunas de conocimiento sobre el funcionamiento del consentimiento presunto que nos dice que puede influir en la aplicación práctica y la toma de decisiones.

3.2.4. Organización del modelo español

El modelo organizativo español se caracteriza por una estructura coordinada entre tres niveles: nacional, autonómico y hospitalario. A nivel nacional, la ONT actúa como organismo técnico encargado de la coordinación, evaluación y planificación del sistema. A nivel autonómico, existen coordinaciones regionales que adaptan las estrategias a cada territorio, mientras que en el ámbito hospitalario los coordinadores de trasplante desempeñan un papel clave en la detección y gestión de posibles donantes.

Este modelo se basa en una coordinación hospitalaria activa que permite la identificación precoz de potenciales donantes en unidades de cuidados intensivos y otros servicios críticos. Gracias a esta organización estructurada, España mantiene desde hace décadas unas de las tasas de donación más elevadas a nivel internacional (Generalitat de Catalunya; ONT, 2023).

3.2.5. Circuito de la donación de órganos

El proceso de donación de órganos constituye un circuito complejo que abarca desde la concienciación y registro del posible donante hasta la extracción y trasplante del órgano, pasando por etapas de evaluación clínica, consentimiento y manejo hospitalario (Olawade et al., 2024). Su correcta ejecución requiere coordinación entre profesionales sanitarios, familiares y sistemas de trasplante.

De forma general, el proceso puede dividirse en varias etapas principales:

- Información y concienciación: La educación sanitaria y la comunicación sobre la donación influyen en la predisposición a donar, siendo un aspecto clave tanto en población general como en potenciales donantes vivos (Olawade et al., 2024).
- Evaluación del donante: Incluye la valoración clínica y funcional del posible donante, con el objetivo de determinar la viabilidad de los órganos y descartar contraindicaciones (Kotloff et al., 2015).
- Consentimiento y coordinación: En el caso del donante fallecido, se comprueban las manifestaciones hechas en vida y se consulta a la familia. Este proceso requiere habilidades comunicativas y una adecuada coordinación entre los distintos profesionales implicados.
- Manejo clínico y extracción: Se realiza la estabilización del donante y la posterior extracción de órganos, garantizando su viabilidad mediante protocolos específicos.
- Asignación y trasplante: Los órganos se asignan a los receptores según criterios clínicos, de urgencia y compatibilidad, mediante un proceso coordinado entre equipos trasplantadores.
- Seguimiento y apoyo: Incluye el acompañamiento a las familias de los donantes fallecidos y el seguimiento clínico y psicológico en donantes vivos (Kotloff et al., 2015).

3.2.6. Rol del profesional sanitario en las diferentes fases del circuito de donación

El circuito de la donación de órganos constituye un proceso longitudinal en el que intervienen distintos niveles asistenciales y profesionales sanitarios. La responsabilidad de informar, detectar y acompañar al potencial donante recae de manera compartida en el sistema sanitario, requiriendo formación específica y coordinación estructurada (Olawade et al., 2024).

1. Atención primaria y promoción de la donación en población general

La atención primaria representa un papel clave en la educación sanitaria y la promoción de la donación de órganos en población general. Los profesionales, especialmente medicina y enfermería comunitaria, son responsables de informar, resolver dudas y fomentar la expresión de la voluntad de donación (Olawade et al., 2024).

La falta de información clara y accesible se ha identificado como una de las principales barreras para el registro de la voluntad de donar, lo que pone de manifiesto la necesidad de reforzar la formación y la comunicación en este ámbito (Kotloff et al., 2015).

2. Atención especializada y planificación anticipada

En pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, la donación puede integrarse en el proceso de redacción del documento de voluntades anticipadas. En este contexto, los profesionales sanitarios tienen la responsabilidad de informar de forma ética e individualizada, favoreciendo decisiones coherentes con los valores de cada paciente (Michetti, 2020).

3. Identificación del potencial donante en el ámbito hospitalario

En el entorno hospitalario, especialmente en unidades de cuidados intensivos (UCI), los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en la identificación del potencial donante, la evaluación de la viabilidad de los órganos y la activación del proceso de donación (Kotloff et al., 2015).

Este proceso implica la toma de decisiones clínicas complejas en contextos de elevada carga emocional, lo que puede influir en la práctica asistencial. Además, la incorporación de donantes de edad avanzada en los últimos años exige una valoración basada en criterios funcionales y no únicamente en la edad cronológica.

4. Comunicación con la familia y solicitud de consentimiento

Uno de los momentos más sensibles del circuito es la entrevista familiar tras la confirmación del fallecimiento. La calidad de la comunicación, la claridad de la información y el acompañamiento emocional influye de forma significativa en la aceptación de la donación (Sarti et al., 2022).

En este sentido, la falta de formación en habilidades comunicativas puede actuar como una barrera, por lo que diversos autores destacan la necesidad de formación específica en comunicación en situaciones de final de vida (Sarti et al., 2022; Kotloff et al., 2015).

5. Donación en vida

En el caso de la donación de donante vivo, el equipo trasplantador es responsable de garantizar una evaluación médica psicológica adecuada, así como un consentimiento informado libre de coacción (Lentine et al., 2024).

En conjunto, el papel de los profesionales sanitarios resulta determinante en todas las fases del proceso de donación. Su formación, experiencia y percepción clínica influyen directamente en la identificación de donantes, la valoración de la viabilidad y la comunicación con la familia. En este contexto, la presencia de sesgos, como el edadismo, puede condicionar la consideración de los donantes de edad avanzada y afectar a la toma de decisiones clínicas.

3.2.7. Implicaciones éticas y relación con el edadismo

El modelo español de donación de órganos se fundamenta en los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva (Bunnik, 2023). En este contexto, la exclusión automática de personas mayores basada únicamente en la edad cronológica podría vulnerar el principio de justicia y equidad en el acceso a la donación.

El edadismo puede influir en la identificación, valoración y aceptación de donantes de edad avanzada, especialmente cuando la edad cronológica se interpreta como un indicador automático de baja viabilidad. Sin embargo, la evidencia científica actual demuestra que la edad avanzada no constituye una contraindicación absoluta para la donación cuando la función orgánica es adecuada (Dayoub et al., 2018).

A pesar de ello, la persistencia de actitudes edadistas en el ámbito sanitario puede condicionar la consideración de estos donantes, favoreciendo decisiones clínicas basadas en prejuicios más que en criterios objetivos. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de desarrollar intervenciones formativas y estrategias de sensibilización dirigidas a los profesionales sanitarios.

3.3. Edadismo

El edadismo es una forma de estereotipar, prejuzgar y discriminar a las personas por su edad, y puede afectar no solo a personas mayores, sino también a jóvenes, e incluso a uno mismo en cualquier etapa de la vida.

Surge cuando la edad se utiliza para categorizar, dividir, justificar prejuicios, generando daños, desventajas e injusticias que pueden debilitar la solidaridad entre generaciones (OMS, 2021; Ministerio de Sanidad, 2021). En el ámbito sanitario, el edadismo puede manifestarse, por ejemplo, al descartar órganos de una persona mayor, otorgándole mayor importancia de la que tiene en un contexto determinado por el criterio de edad.

3.3.1. Tipos

La literatura reciente clasifica el edadismo según niveles sociales, dimensiones y grupos afectados, permitiendo entender mejor sus manifestaciones y planificar estrategias de intervención (Ministerio de Sanidad, 2021):

1. Niveles o ámbitos del edadismo
 - **Institucional:** En el ámbito sanitario, esto hace referencia a leyes, políticas, prácticas clínicas y protocolos.
 - **Interpersonal:** Hace referencia al trato cotidiano entre personas, como por ejemplo faltas de respeto o desestimar opiniones.
 - **Autoinfligido/autoedadismo:** Se produce cuando las personas interiorizan estereotipos negativos asociados a su edad, afectando a su autoestima, expectativas y comportamiento. Esto puede influir en la percepción de la propia capacidad y en la toma de decisiones, incluso en ausencia de discriminación externa. (North & Fiske, 2016; Ministerio de Sanidad, 2021).
2. Dimensiones del edadismo:
 - **Cognitiva (estereotipos):** Creencias generalizadas sobre la vejez, como asociarla exclusivamente con deterioro o dependencia.
 - **Afectiva (prejuicios):** Emociones negativas hacia ciertos grupos etarios, como lástima, rechazo o miedo al envejecimiento.
 - **Conductual (discriminación):** Acciones que limitan oportunidades o generan trato desigual, como el paternalismo o la exclusión de determinadas decisiones. En el contexto sanitario, puede observarse en la subestimación de la capacidad de los pacientes mayores o en su exclusión implícita de programas de donación de órganos.
3. Según la dirección y el grupo de edad
 - **Edadismo hacia otros:** discriminación hacia otros grupos de edad.
 - **Edadismo autoinfligido (self-directed).**

- **Adultismo:** discriminación hacia personas jóvenes.
- **Gerontofobia:** rechazo o miedo hacia personas mayores.

En conjunto, el edadismo no constituye un único fenómeno, sino un constructo complejo que se manifiesta en distintos niveles y dimensiones. Su comprensión resulta fundamental para identificar cómo puede influir en la práctica clínica y, específicamente, en procesos como la donación de órganos, donde las decisiones deberían basarse en criterios clínicos y no en prejuicios asociados a la edad.

3.3.2. Edadismo en el personal sanitario

El edadismo no solo afecta a la población general, sino que también puede manifestarse en el ámbito sanitario, condicionando actitudes, decisiones clínicas y la comunicación con pacientes. En los profesionales sanitarios, estas conductas edadistas pueden influir indirectamente en el acceso a servicios, la selección de tratamientos y la consideración de pacientes como potenciales donantes de órganos, particularmente en personas mayores (Swift et al., 2017).

El edadismo en profesionales sanitarios puede observarse en varias dimensiones:

Cognitiva:

- Los profesionales pueden manifestar creencias generalizadas sobre la vejez, como considerar que los órganos de donantes mayores son inherentemente menos viables o que los pacientes mayores tienen menor capacidad de recuperación.
- Estas creencias pueden conducir a decisiones clínicas basadas en la edad cronológica en lugar de en parámetros funcionales o evidencias científicas (Dayoub et al., 2018).

Afectiva:

- Se manifiesta en emociones como condescendencia, lástima o rechazo hacia pacientes mayores.
- Estas actitudes pueden traducirse en una menor calidad en la comunicación, especialmente en procesos complejos como la donación de órganos, influyendo en la relación con los pacientes y sus familias.

Conductual:

- Incluye acciones concretas que generan desigualdades en la atención, como la exclusión de ciertos procedimientos o la priorización de pacientes más jóvenes, pese a que los mayores cumplan los criterios clínicos.

- En el contexto de la donación de órganos, esto podría reflejarse en la no consideración de potenciales donantes geriátricos o aplicar criterios de exclusión basados únicamente en la edad (North & Fiske, 2016).

Factores que favorecen el edadismo en la práctica clínica:

- Falta de formación específica: La ausencia de formación en geriatría y donación de órganos puede favorecer la persistencia de estereotipos sobre la vejez y la viabilidad de los órganos procedentes de donantes mayores.
- Cultura institucional: Protocolos y dinámicas asistenciales que priorizan la edad cronológica pueden reforzar prácticas discriminatorias.
- Auto-edadismo profesional: Algunos profesionales pueden interiorizar estereotipos relacionados con la edad, lo que puede influir en su percepción y en la toma de decisiones clínicas (North & Fiske, 2016).

3.3.3. Consecuencias clínicas del edadismo profesional

La literatura ha descrito diversas manifestaciones del edadismo en la práctica clínica, entre ellas el infratratamiento, la menor derivación a procedimientos especializados y la toma de decisiones basada en la edad cronológica en lugar de en una evaluación funcional individual (OMS, 2021; North & Fiske, 2016). Estas conductas pueden traducirse en desigualdades en el acceso a intervenciones diagnósticas o terapéuticas potencialmente beneficiosas para las personas mayores.

En el ámbito sanitario, el edadismo continúa presente en distintos contextos, incluido en el español, afectando la calidad de la atención prestada a las personas mayores.

4. METODOLOGÍA

Con la intención de responder a los objetivos planteados, se ha empleado la revisión bibliográfica sistematizada, siguiendo la guía PRISMA 2020 para la documentación del proceso de identificación, cribado, selección e inclusión de los estudios, con el objetivo de garantizar el rigor metodológico y la reproducibilidad del estudio.

4.1. Diseño

El trabajo corresponde a una revisión bibliográfica sistematizada con enfoque descriptivo, orientado a conocer la evidencia científica actual acerca de la influencia del edadismo en el proceso de donación de órganos procedentes de población geriátrica, así como analizar las percepciones y actitudes de los profesionales sanitarios y la viabilidad clínica de dichos órganos.

Este tipo de diseño permite integrar evidencias científicas procedentes de estudios cuantitativos, cualitativos y observacionales, ofreciendo una visión global del fenómeno desde sus dimensiones clínicas y profesionales.

Debido a la falta de bibliografía que combinase todos los ejes de nuestra revisión (donación de órganos, donantes mayores y actitud edadista de los profesionales sanitarios), la búsqueda bibliográfica se estructuró en **dos líneas** temáticas complementarias: Conocimientos, actitudes y edadismo de los profesionales sanitarios ante la donación de órganos y evidencia científica sobre la viabilidad del donante mayor.

4.2. Estrategia de búsqueda bibliográfica

Se formularon estrategias de búsqueda ([tabla 1](#)) adaptadas a cada base de datos combinando los tesauros de las palabras clave en nuestra revisión con operadores booleanos. Algunos ejemplos de palabras clave son:

- En español: edadismo, donación de órganos, trasplante de órgano, donante geriátrico, donante mayor, profesionales sanitarios, enfermería, conocimiento, actitud, formación, barreras, sesgo, viabilidad, supervivencia ...
- En inglés: ageism, age discrimination, age bias, organ donation, organ transplantation, organ donor, donor age, older donor, elderly donor, extended criteria donor, healthcare professionals, nurses, attitude, perception, barriers, viability, survival ...

La búsqueda bibliográfica se realizó entre febrero y marzo de 2026.

Las fuentes consultadas fueron seleccionadas por su relevancia en el ámbito biomédico, enfermero y sanitario.

PubMed se utilizó principalmente para identificar estudios relacionados con la viabilidad clínica de órganos procedentes de donantes mayores. Dialnet Plus permitió localizar literatura nacional sobre profesionales sanitarios y donación de órganos, mientras que CINAHL y Scopus se emplearon para la búsqueda de estudios relacionados con edadismo, actitudes, percepciones y barreras de los profesionales sanitarios en el proceso de donación.

Al final de este apartado se adjuntan, reflejados en una tabla, las ecuaciones de búsqueda definitivas junto a los parámetros que permiten una trazabilidad de la información.

Las estrategias de búsqueda se adaptaron específicamente a cada base de datos debido a las diferencias existentes en su sistema de indexación, cobertura temática, estructura de los descriptores y opciones de filtrado. En el caso de PubMed, se utilizaron términos MeSH y operadores específicos orientados a localizar evidencia biomédica y clínica relacionada con la viabilidad y supervivencia de órganos procedentes de donantes mayores. La búsqueda inicial generó un número muy elevado de registros, por lo que fue necesario restringir el periodo temporal entre 2020-2026.

En cambio, en bases de datos como CINAHL, Scopus y Dialnet Plus, el número de publicaciones relacionadas específicamente con edadismo, actitudes y percepciones de profesionales sanitarios fue considerablemente menor y más disperso, por lo que se optó por ampliar el rango temporal y utilizar filtros menos restrictivos con el fin de no excluir estudios potencialmente relevantes.

Por un lado, Dialnet Plus, al centrarse principalmente en literatura científica en español y ciencias sociales y sanitarias de ámbito nacional, requirió el uso de palabras clave, lenguaje natural y estrategias menos complejas.

En CINAHL, base de datos especializada en enfermería y ciencias de la salud, se utilizaron descriptores y palabras clave adaptadas a su tesauro propio.

Finalmente, en Scopus se emplearon estrategias de búsqueda mediante campos TITLE-ABS-KEY, ya que esta base de datos multidisciplinar no utiliza un tesauro controlado único como MeSH. Esto permitió ampliar la recuperación de estudios internacionales relacionados con edadismo, selección de donantes y percepciones de los profesionales sanitarios.

La adaptación individualizada de las ecuaciones de búsqueda permitió mejorar la precisión, exhaustividad y trazabilidad de la revisión bibliográfica.

Tabla 1 Estrategia de búsqueda

Base de datos	Descriptores MeSH/DeCS / Palabras clave	Ecuación de búsqueda (string exacto)	Filtros aplicados	Fecha de búsqueda	Resultados iniciales (n)	Resultados tras filtros (n)	Registro identificados (n)	Total identificados (n)	Duplicados eliminados (n)
PubMed	Organ transplantation, organ donation, donor, aged, extended criteria, survival, viability.	("Organ Transplantation"[MeSH] OR Transplant*[tiab] OR "Organ Donation"[tiab] OR "Organ Donor*"[tiab]) AND ("Aged"[MeSH] OR Elderly[tiab] OR "Older Donor*"[tiab] OR "Donor Age"[tiab] OR "Extended Criteria Donor*"[tiab]) AND (Survival[tiab] OR Viability[tiab] OR risk[tiab] OR Ageism[tiab] OR "Biological Age"[tiab] OR "Chronological Age"[tiab])	-Año de publicación: 2020-2026 -Texto completo -Idioma: catalán, español e inglés. -Informes de casos -Estudios clínicos -Metaanálisis -Estudios observacionales -Revisión -Revisión exploratoria -Revisión sistemática -Humanos	26/02/2026	38.493	793	15	26	41
Dialnet Plus	donación de órganos, trasplante de órganos, profesionales sanitarios,	(Donación de Órganos OR Trasplante de Órganos) AND (Profesionales Sanitarios OR Personal Sanitario) AND (Conocimientos OR	-Solo artículos -Solo artículos que analicen profesionales sanitarios en el proceso de donación.	02/03/2026	35	20	4		

	conocimientos, formación, barreras, edadismo	Formación OR Barreras OR Edadismo)	-Año: 2015-2026.						
CINAHL	ageism; older adults; organ donation; Health professionals; Attitudes	(Ageism OR "Age Discrimination") AND ("Organ Donation" OR "Donor Selection") AND ("Older Adults" OR Geriatric*)	-Idioma español e inglés. -Año de publicación 2015-2026. -Peer-reviewed.	25/3/2026	485	117	3		
Scopus	ageism; older adults; organ donation; donor selection; attitudes; healthcare professionals	TITLE-ABS-KEY (Ageism OR "Age Discrimination") AND TITLE-ABS-KEY("Organ Donation" OR "Donor Selection" OR "Organ Procurement") AND TITLE-ABS-KEY(older OR Aged OR geriatric*)	-Idioma español e inglés. -Año de publicación: 2015-2026. -Área: Health/Nursing/Medicine.	25/3/2026	7.186	159	4		

4.3. Selección de estudios

Se prioriza el uso de estudios originales en el análisis de resultados, con el fin de evitar duplicación de datos y favorecer una interpretación directa de la evidencia primaria.

La selección de los artículos se ha basado en los siguientes criterios de elegibilidad:

Criterios de inclusión:
Estudios relacionados con la donación y/o trasplante de órganos.
Estudios centrados en donantes mayores y/o población de 60 años de edad o más.
Estudios que analicen conocimientos, actitudes, percepciones, barreras o formación de profesionales sanitarios en relación con la donación de órganos.
Estudios que aborden la viabilidad clínica de órganos procedentes de donantes mayores.
Publicaciones en español, catalán o inglés.
Estudios publicados entre 2015 y 2026.
Estudios con acceso a texto completo.
Estudios originales: cuantitativos, cualitativos, mixtos y observacionales. Así como revisiones sistemáticas, metaanálisis y guías clínicas relevantes relacionadas con el objeto de estudio.

Criterios de exclusión
Estudios no relacionados con la donación o el trasplante de órganos.
Artículos centrados exclusivamente en receptores y sin relación con la edad del donante
Estudios centrados en aspectos biológicos del órgano sin relación con la toma de decisiones clínicas o la viabilidad del donante mayor

Estudios que no incluyan profesionales sanitarios cuando el objetivo sea analizar actitudes, barreras o formación.
Artículos sin acceso a texto completo
Estudios con escasa aplicabilidad al objetivo del trabajo.

Los resultados obtenidos en las diferentes bases de datos tras aplicar filtros automáticos según las bases de datos descritas en la [tabla 1](#), fueron exportados a un gestor bibliográfico, Mendeley, donde fueron eliminados los duplicados.

Posteriormente, se realizó un proceso de cribado en el que se aplicaron los criterios de elegibilidad anteriormente descritos. Siguiendo el esquema del diagrama de flujo PRISMA 2020, estas fueron las fases de cribado:

- Revisión de título y resumen de cada estudio para identificar estudios potencialmente relevantes. En el transcurso de este proceso fueron eliminados los artículos no disponibles en texto completo
- Evaluación a texto completo de los artículos seleccionados.

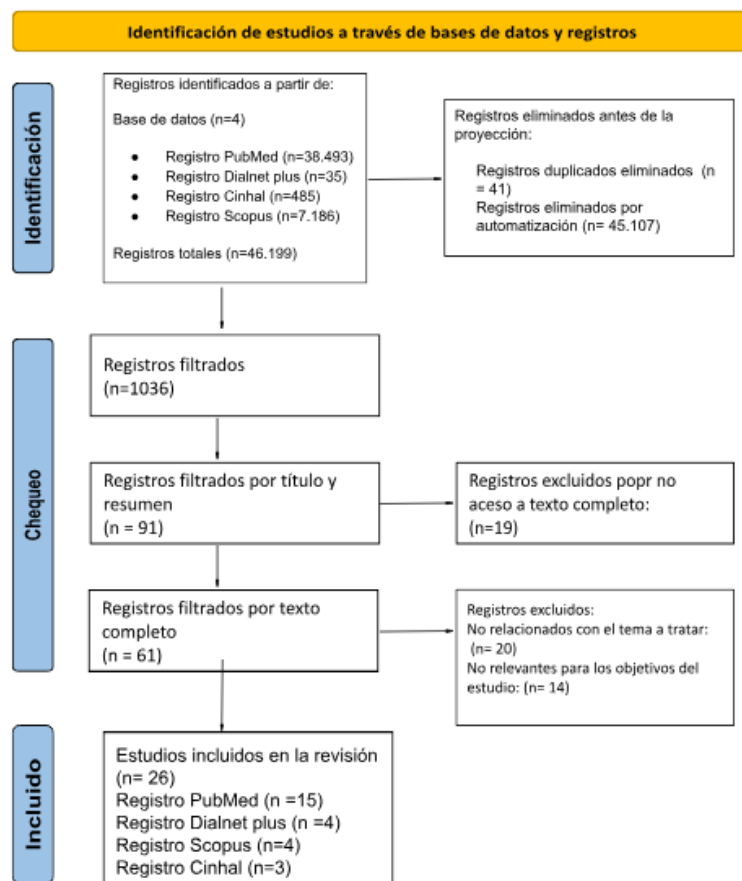


Figura 1. Diagrama de flujo

4.4. Extracción y síntesis de datos

Una vez seleccionados los artículos, con el objetivo de organizar el proceso de revisión se utilizó una matriz de extracción de datos ([tabla 2](#)) en la que se recogieron los siguientes elementos: título, autor, año de publicación, país o contexto, objetivo del estudio, diseño metodológico, muestra o participantes, ámbito clínico, categoría temática, forma en que se aborda el edadismo, barreras y facilitadores identificados, evidencia sobre la viabilidad del donante mayor, estrategias formativas o de sensibilización descritas, resultados principales, implicaciones para enfermería, observaciones sobre calidad o limitaciones. Esto permitió comparar los estudios de forma sistematizada.

En la matriz de extracción, los artículos se encuentran organizados según la base de datos de procedencia, respetando así las dos principales líneas temáticas con su respectiva procedencia:

- CINAHL, Scopus y Dialnet Plus: actitudes y percepciones de los profesionales sanitarios
- PubMed: viabilidad clínica de los órganos procedentes de donantes mayores

Una vez reflejada la información en la matriz de extracción tras la lectura y análisis crítico de los estudios seleccionados, se elaboraron dos tablas adicionales, incluidas en el anexo (tablas [3](#) y [4](#)), donde se sintetizó la información más relevante de cada artículo para facilitar su posterior redacción. Dichas tablas responden de nuevo a la clasificación inicial de viabilidad clínica y actitudes y percepciones del personal sanitario.

4.5. Criterios de análisis

El eje principal del estudio fue el edadismo de los profesionales sanitarios en el proceso de donación de órganos en población geriátrica. Para ello, se prestó especial atención a:

- Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre donación de órganos.
- Actitud y percepciones de los profesionales sanitarios
- Barreras formativas, organizativas y emocionales.
- Criterios clínicos de inclusión o exclusión de donantes mayores.
- Viabilidad clínica de órganos procedentes de donantes geriátricos.

4.6. Consideraciones éticas

El presente trabajo se basa exclusivamente en una revisión bibliográfica de fuentes secundarias, por lo que no implica la participación directa de personas ni el manejo de datos personales o sensibles. En consecuencia, no ha sido necesaria la aprobación por un comité de ética de investigación.

Se han respetado en todo momento los principios de la investigación documental, garantizando el rigor científico, la transparencia en el proceso de búsqueda y la selección de la información, así como la trazabilidad de las fuentes utilizadas. Para ello, se han empleado bases de datos científicas reconocidas y fuentes procedentes de organismos oficiales, seleccionando literatura relevante y de calidad.

Asimismo, todas las fuentes han sido citadas adecuadamente, respetando los derechos de autor y la integridad académica, evitando el plagio y asegurando la correcta atribución de las ideas.

Del mismo modo, se han aplicado criterios de inclusión y exclusión previamente definidos con el fin de minimizar sesgos en la selección de los estudios y garantizar la objetividad del análisis.

Por último, las autoras declaran no presentar conflictos de intereses, ya que el trabajo tiene una finalidad exclusivamente académica y no existe relación personal, profesional o económica con entidades o instituciones vinculadas a la temática analizada.

4.7. Limitaciones

Entre las principales limitaciones de esta revisión destaca la escasez de estudios que analicen de forma directa el edadismo de los profesionales sanitarios en la donación de órganos, ya que en muchos artículos este fenómeno aparece de manera implícita a través de actitudes, percepciones o decisiones clínicas basadas en la edad.

Otra limitación muy relevante es la heterogeneidad metodológica de los estudios incluidos, ya que se incorporaron investigaciones cualitativas, transversales, observacionales y cohortes retrospectivas, lo que dificulta la comparación directa entre resultados.

También debe considerarse la posible pérdida de estudios relevantes debido al requisito de acceso a texto completo.

No se realizó una evaluación formal de la calidad metodológica de los estudios incluidos, lo que puede limitar la solidez de las conclusiones obtenidas.

4.8 Uso de la inteligencia artificial (Chat GPT)

Durante la elaboración de este trabajo se utilizó Chat GPT como apoyo complementario en tareas de organización y cohesión textual, así como de revisión de la correcta aplicación de la normativa APA.

Además, ante la dificultad para encontrar información útil y relevante para nuestro trabajo, se empleó como apoyo en la adaptación de la ecuación de búsqueda bibliográfica mediante la sugerencia de sinónimos o estructuras más adecuadas a la base de datos.

Del mismo modo, se usó también para facilitar la localización de información concreta dentro de documentos extensos.

En ningún caso se omitió la revisión manual y en todo momento prevaleció el criterio propio de las autoras.

5. RESULTADOS

Los resultados se organizaron en dos categorías temáticas derivadas de la matriz de extracción de datos. La primera recoge estudios relacionados con conocimientos, actitudes, percepciones y posibles sesgos de los profesionales sanitarios ante la donación de órganos. La segunda incluye estudios centrados en la viabilidad clínica de órganos procedentes de donantes de edad avanzada.

5.1. Conocimientos, actitudes y edadismo de los profesionales sanitarios ante la donación de órganos:

Los estudios analizados se hallan sintetizados en la [Tabla 3](#), incluida en el Anexo. Estos estudios muestran una predominancia de investigaciones cuantitativas descriptivas de tipo transversal, basadas principalmente en cuestionarios estructurados dirigidos a profesionales sanitarios, especialmente enfermería y personal médico de unidades críticas, urgencias y coordinación de trasplantes. Además, varios estudios cualitativos y de metodología mixta permiten profundizar en las experiencias emocionales, factores éticos y percepciones subjetivas implicadas en el proceso de donación de órganos.

De forma global, los estudios incluidos analizaron a más de 3520 participantes, entre profesionales sanitarios, coordinadores de trasplantes y pacientes mayores. Sin embargo, los estudios centrados específicamente en conocimientos y actitudes de los profesionales sanitarios ante la donación de órganos incluyeron aproximadamente 3500 profesionales sanitarios, principalmente personal de enfermería (alrededor de 1500), médicos (alrededor de 1100) y otros profesionales (alrededor de 780) vinculados al proceso de donación y trasplante de órganos. Además, varios estudios cualitativos incorporaron entrevistas y experiencias profesionales relacionadas con la atención a pacientes mayores y el proceso de donación.

5.1.1 Actitud de los profesionales sanitarios:

La mayoría de los estudios describen una actitud favorable de los profesionales sanitarios hacia la donación de órganos, aunque esta predisposición positiva no siempre se acompaña de conocimientos suficientes o de una preparación práctica adecuada. De forma global, los estudios que analizaron las actitudes hacia la donación

describieron aproximadamente un 75% de actitud favorable entre los profesionales sanitarios incluidos.

Coss y Corry (2026) mostraron que el 100% de las enfermeras encuestadas apoyan la donación y que el 85% estaban dispuestas a ser donantes. Resultados similares fueron descritos por Shah et al. (2023), donde el 96.2% de los participantes apoyaron la donación de órganos y el 88.3% mostraban una actitud favorable hacia la donación renal en vivo. Del mismo modo, Fernández-Alonso et al. (2021) identificaron una actitud favorable en el 85% de las enfermeras de UCI analizadas, mientras que Montero-Salinas et al. (2018) señalaron que el 71% de los profesionales estaban dispuestos a donar órganos.

Sin embargo, algunos estudios describen diferencias entre la actitud positiva y la aplicación práctica durante el proceso de donación. Green et al. (2023) identificaron a más de la mitad de enfermeras de la UCI con una actitud positiva, pero dificultades en la práctica asistencial y en la preparación profesional, ya que aproximadamente la mitad de los profesionales reconocían dificultades prácticas en el manejo del proceso de donación. Asimismo, Shah et al. (2023) describen la influencia de factores personales, sociales y religiosos en las actitudes hacia la donación mientras que Fernández-Alonso et al. (2021) describen que las actitudes vienen de variables psicosociales al igual que fomentar la discusión familiar entre el profesional sanitario puede ayudar a mejorar la actitud favorable hacia la donación.

5.1.2. Conocimientos y formación sobre donación de órganos:

Diversos estudios identifican déficits de conocimiento y necesidad de formación continuada entre los profesionales sanitarios respecto al proceso de donación de órganos. Los niveles de conocimiento adecuado descritos en los estudios oscilan entre el 35% y el 67% de los profesionales analizados, mientras que entre un 40% y un 60% referían formación insuficiente o conocimientos limitados sobre aspectos clínicos, éticos y procedimentales. Montero-Salinas et al. (2018) observaron que solo el 35.5% de los participantes presentaban conocimientos adecuados sobre donación, mientras que Kotamathy et al. (2026) situaron el conocimiento adecuado en el 50.1% de los profesionales, y encontraron una diferencia generacional donde hay un mayor nivel de conocimientos en profesionales menores de 40 años, lo que podría reflejar diferencias generacionales en la formación recibida. Green et al. (2023) identificaron que el 67%

de las enfermeras de UCI poseían un buen nivel de conocimiento, aunque aproximadamente la mitad referían dificultades prácticas relacionadas con el proceso de donación.

En el ámbito de urgencias y emergencias, Mateos et al. (2024) señalaron que el 56.9% no habían recibido formación específica en los últimos tres años y que solo un 51% se sentían preparados para identificar posibles donantes. Del mismo modo, Marco et al. (2015) describieron dificultades relacionadas con la detección de donantes y la ausencia de protocolos específicos en los servicios de urgencias.

Respecto a la donación en asistolia controlada, Gripewall et al. (2024) observaron que poco más de la mitad de profesionales sanitarios presentaban conocimientos limitados sobre este procedimiento. Asimismo, Coss y Corry (2026) relacionaron la experiencia clínica y la formación continuada con mayores niveles de conocimiento y confianza profesional durante el proceso de donación.

5.1.3. Comunicación y entrevista familiar:

Otro de los aspectos más frecuentes en los estudios analizados es la dificultad de comunicación con las familias durante el proceso de donación. Según los estudios analizados, aproximadamente entre un 40% y un 50% de los profesionales describieron dificultades relacionadas con la comunicación familiar, la preparación emocional o la toma de decisiones durante el proceso de donación.

Coss y Corry (2026) identificaron bajos niveles de confianza entre las enfermeras para abordar conversaciones con familiares de potenciales donantes. De forma similar, Marco et al. (2015) señalaron que el 39,6% de los profesionales consideran la comunicación familiar como una de las principales dificultades. Danet et al. (2020) describieron las entrevistas familiares como uno de los momentos de mayor carga emocional para los coordinadores de trasplantes.

5.1.4. Factores emocionales y éticos en la donación de órganos:

Varios estudios describen la presencia de factores emocionales y éticos durante el proceso de donación de órganos, especialmente en situaciones complejas relacionadas con la toma de decisiones clínicas y la comunicación familiar. Danet et al. (2020) identificaron una elevada carga emocional en los coordinadores de trasplantes,

especialmente durante las entrevistas familiares y el acompañamiento en el proceso de donación. De forma similar, Milross et al. (2022) describieron dificultades emocionales, organizativas y familiares, las cuales influyen significativamente en las percepciones profesionales sobre la donación tras muerte circulatoria en profesionales sanitarios. Asimismo, Gripewall et al. (2024) observaron que la incertidumbre ética y falta de experiencia previa influyen en la percepción profesional sobre la donación en asistolia controlada. Otros estudios muestran que las actitudes sobre la donación de órganos no dependen únicamente del conocimiento científico, sino también de elementos personales, sociales, culturales. Shah et al. (2023) subrayan la influencia de factores religiosos y familiares, mientras que Fernández-Alonos et al. (2021) destacan la importancia de las variables psicosociales y la formación especializada.

5.1.5. Barreras organizativas y estructurales en el proceso de donación:

Diversos estudios describen barreras organizativas y estructurales relacionadas con el proceso de donación de órganos. Mateos et al. (2024) identificaron falta de protocolos específicos y formación continua, y necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios de urgencias y los coordinadores hospitalarios de trasplantes. Del mismo modo, Marco et al. (2015) descubriendo los servicios de urgencias como un área poco integrada en el proceso de donación, a pesar de su importancia en la detección de posibles donantes.

Milross et al. (2022) señalaron barreras logísticas y dificultades organizativas relacionadas con la donación tras parada circulatoria en hospitales terciarios. Asimismo, Green et al. (2023) describieron una escasa preparación clínica entre algunos profesionales sanitarios. Gripewall et al. (2024) también identificaron dificultades relacionadas con la ausencia de guías claras y experiencia previa en donación en asistolia.

5.1.6. Edadismo y atención sanitaria en personas mayores:

Desde la perspectiva del edadismo, aunque la mayoría de los estudios no analizan esta variable de forma explícita, sí se observaron numerosos indicios de sesgos implícitos relacionados con la edad en la práctica clínica y en el proceso de donación de órganos. Kim (2025) describe cómo algunos profesionales sanitarios asocian a los

pacientes mayores con lentitud, complejidad, dependencia o dificultades comunicativas, afectando a la calidad de la atención y de la comunicación clínica.

Del mismo modo, Martínez-Angulo et al. (2023) describieron experiencias de exclusión, paternalismo y falta de participación de las personas mayores en la toma de decisiones sanitarias. Las participantes señalaron situaciones relacionadas con falta de escucha clínica, respuestas automatizadas y menor consideración de sus preferencias personales.

Otros estudios describen factores que podrían relacionarse indirectamente con la valoración clínica de pacientes mayores como posibles donantes. Asimismo, Coss y Corry (2026) también describieron dificultades emocionales y comunicativas durante situaciones clínicas complejas relacionadas con la donación.

5.2. Evidencia científica sobre la viabilidad del donante mayor

Tras el análisis de los estudios incluidos en la [tabla 4](#), la evidencia científica recopilada se centra principalmente en la viabilidad del donante mayor en el trasplante hepático y renal, tanto en donación de vivo como de donante fallecido. Los estudios analizados evalúan principalmente variables relacionadas con la supervivencia del paciente y del injerto, la mortalidad, las complicaciones postrasplante y los factores de riesgo asociados a la edad avanzada del donante.

Con el objetivo de facilitar una mejor comprensión y comparación de los resultados, la evidencia se ha organizado según el órgano trasplantado y el tipo de donación. En primer lugar, se exponen los hallazgos relacionados con el trasplante hepático, diferenciando entre donación de donante fallecido y donante vivo, para posteriormente abordar la evidencia disponible en el ámbito del trasplante renal.

5.2.1 Trasplante hepático

En un estudio de cohorte retrospectivo se ha observado que, con el tiempo, la supervivencia del injerto ha incrementado significativamente de 2,2 a 9,6 años (Satish et al., 2025).

Por otro lado, dos estudios describen que existe una mayor mortalidad asociada a mayor edad del donante, aunque los resultados siguen siendo aceptables y se enfatiza la necesidad de una valoración integral. (Lee et al., 2023; Zhou et al., 2025).

Se ha reportado, en relación con los donantes mayores, un mayor riesgo de mortalidad por infección y sepsis (Lee et al., 2023), una diferencia de un 5,7% en la supervivencia a 3 meses con una mortalidad del 17,5% en donantes >60 años frente a 11,8% en

donantes <60 años (Xu et al., 2025) y mayor riesgo de complicaciones biliares en donantes >70 años (Jiménez-Romero et al., 2021).

No obstante, todos concluyen que el uso de hígados procedentes de donantes mayores fallecidos es viable y efectivo, habiéndose obtenido cifras de supervivencia a largo plazo similares (Xu et al., 2025; Satish et al., 2025; Houben et al., 2022; Cascales-Campos et al., 2020) por lo que se evidencia que la edad por sí sola no debe ser criterio de exclusión aislado y que considerar aptos a donantes geriátricos constituye una estrategia válida para paliar la escasez de órganos (Xu et al., 2025) y mejorar la supervivencia en listas de espera (Houben et al., 2022).

En lo referente al donante vivo mayor, Min et al. (2026) concluyen que los factores de riesgo más relevantes asociados a la pérdida del injerto fueron el tiempo de isquemia fría (≥ 150 min), puntuación MELD (≥ 20) o IMC del receptor ≥ 25 kg/m², y la edad del donante ≥ 50 es un factor independiente de pérdida del injerto (HR 1,56)

5.2.2 Trasplante renal

En un estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte prospectiva cuyo objetivo fue analizar cuáles eran las causas de fallo en el injerto y de la función retardada del injerto, la cual se asociaba con peor supervivencia, se halló que entre los factores más relevantes se encontraban la hipertensión del donante (HR 1,46) y el tiempo de isquemia fría (HR 1,03/h). En este contexto se determinó que la edad no es el único determinante y de hecho tampoco el más relevante (Maanaoui et al., 2025).

Por otro lado, se realizó un estudio en el que se compararon los resultados de pares constituidos por un receptor mayor y otro joven, que recibieron riñones del mismo donante fallecido, habiendo donantes tanto mayores como jóvenes. Los resultados fueron similares en el plazo de 1 año entre quienes recibieron un riñón procedente de donantes mayores así como jóvenes, y se reportó que la peor supervivencia estuvo relacionada con la comorbilidad del receptor (Jankowska et al., 2021)

La conclusión a la que llegaron los autores de ambos estudios fue la misma y es que los órganos de donantes de edad avanzada son aptos para la donación tras ser evaluados de manera integral, considerando la edad un criterio más.

En lo que refiere al donante vivo mayor, se evidencia peor función inicial y existe mayor riesgo de disfunción del injerto aunque la supervivencia global de los receptores

es similar. Sin embargo, los propios autores señalan la necesidad de investigar cómo afecta esto a los donantes a largo plazo y establece el corte en los 60 años de edad de los donantes, a partir del cual se han observado peores tasas de supervivencia del injerto (Plage et al., 2020).

5.2.3 Infrautilización de órganos

Según muestra un estudio realizado por Chotkan et al. (2025) en que se analizó la asociación entre el riesgo de infrautilización de órganos y la edad del donante, los donantes de mayor edad tuvieron mayor probabilidad de no ser utilizados (OR hasta 3,98), pese a que su aceptación podría aumentar el número total de trasplantes. En dicho estudio se observó también un incremento del 51% de donantes no utilizados los cuales eran mayores. Este hecho constata que la edad influye en las decisiones, pero no debería ser un criterio excluyente aislado. También destacó el hecho de que el envejecimiento del pool incrementa el uso de donantes "marginales", práctica respaldada también por autores como Xu et al. (2025) y Satish et al. (2025).

6. DISCUSIÓN

Los resultados de la presente revisión permiten dar respuesta al objetivo planteado, evidenciando que, aunque la actitud de los profesionales sanitarios hacia la donación de órganos es generalmente favorable, persisten importantes déficits en el conocimiento, la formación específica y la aplicación práctica, así como la presencia de sesgos implícitos relacionados con la edad que pueden influir en la identificación y utilización de donantes mayores.

En primer lugar, en relación con los profesionales sanitarios, los hallazgos muestran que existe una actitud positiva hacia la donación de órganos en la mayoría de los estudios, con porcentajes elevados de aceptación. Sin embargo, esta actitud no se traduce necesariamente en una práctica clínica adecuada, observándose una clara discrepancia entre conocimiento, actitud y actuación profesional. Este fenómeno coincide con lo descrito en la literatura, donde se señala que la falta de formación específica, experiencia clínica y protocolos claros limita la correcta identificación y gestión de potenciales donantes (Montero-Salinas, A., et al., 2018; Kotamarthy et al., 2026; Green et al., 2023).

De igual manera, diversos estudios coinciden en que el conocimiento de los profesionales es insuficiente en aspectos clave del proceso de donación, incluyendo dimensiones clínicas, legales y éticas. Esta carencia formativa también se observa en contextos críticos como urgencias o emergencias, donde la toma de decisiones es rápida y compleja, pudiendo favorecer errores o sesgos en la selección de donantes (Mateos et al., 2024). En este sentido, la formación emerge como un factor clave, ya que se ha demostrado que mejora tanto la confianza profesional como la calidad de la toma de decisiones, especialmente en contextos complejos como la donación en asistolia (Gripewall et al., 2024; Milross et al., 2022).

Por otro lado, la comunicación con las familias se identifica como uno de los principales factores críticos del proceso de donación (Marco et al., 2015). La evidencia muestra que existe una baja confianza en este ámbito, lo que puede influir negativamente en la aceptación de la donación, especialmente en situaciones emocionalmente complejas (Coss, Ú., & Corry, M., 2026). Además, factores emocionales, organizativos y culturales, como la religión, la experiencia previa o las creencias personales, condicionan la práctica clínica, lo que explica la variabilidad observada entre estudios (Shah et al., 2023; Danet et al., 2020).

En relación con el edadismo, aunque la mayoría de los estudios no lo analizan de forma explícita, los resultados permiten inferir su presencia en la práctica clínica. La evidencia cualitativa muestra la existencia de un edadismo explícito, manifestado a través de estereotipos, actitudes paternalistas y menor calidad comunicativa con pacientes mayores (Kim, 2025; Martínez-Angulo et al., 2023). Estas dinámicas, al igual que la normalización de estereotipos negativos asociados al envejecimiento pueden generar desigualdades asistenciales y pueden traducirse en una menor consideración de las personas mayores como potenciales donantes y en una exclusión parcial de la toma de decisiones clínicas, generando desigualdades en la atención sanitaria.

En segundo lugar, en relación con la viabilidad del donante mayor, los resultados muestran que los donantes de edad avanzada representan una opción clínica viable, especialmente en el contexto actual de escasez de órganos. La mayoría de los estudios coinciden en que los resultados en términos de supervivencia del paciente y del injerto son comparables a los de donantes más jóvenes, especialmente a largo plazo (Xu et al., 2025; Satish et al., 2025; Houben et al., 2022).

No obstante, algunos estudios identifican un aumento del riesgo asociado a la edad avanzada, especialmente en mortalidad precoz, pérdida del injerto o complicaciones como infecciones o disfunción inicial. Estas diferencias explican las aparentes discrepancias entre estudios, que pueden atribuirse a la heterogeneidad de las muestras, los distintos puntos de corte de edad y la influencia de variables clínicas adicionales (Zhou et al., 2025; Lee et al., 2023).

En este sentido, existe un consenso claro en la literatura: la edad no actúa como un factor aislado, sino en interacción con otras variables como el estado del receptor, el tiempo de isquemia o las comorbilidades. Estudios como el de Min et al. (2026) demuestran que el riesgo asociado a la edad aumenta significativamente cuando se combinan múltiples factores clínicos, lo que refuerza la necesidad de una valoración integral.

Un aspecto clave es que, a pesar de la evidencia sobre la viabilidad de los donantes mayores, estos siguen estando infrautilizados. La literatura muestra que la edad avanzada se asocia a una mayor probabilidad de descarte de órganos, lo que refleja la influencia de percepciones de riesgo y posibles sesgos en la toma de decisiones clínicas (Chotkan et al., 2025). Este hecho conecta directamente con el edadismo

identificado en los artículos de la [tabla 3](#) , sugiriendo que las actitudes y creencias de los profesionales pueden limitar la utilización de órganos potencialmente válidos.

En conjunto, los resultados indican que los donantes de edad avanzada representan una opción válida y necesaria en el trasplante de órganos. Sin embargo, su utilización debe basarse en una valoración integral que tenga en cuenta factores clínicos, del donante y del receptor, evitando decisiones simplificadas basadas exclusivamente en la edad cronológica. Asimismo, estos hallazgos sientan las bases para analizar cómo las percepciones y posibles prejuicios de los profesionales sanitarios, es decir, el edadismo, pueden influir en la selección de donantes geriátricos y limitar la disponibilidad de órganos, a pesar de que la evidencia científica indica que en numerosas ocasiones estos órganos son clínicamente viables.

Desde una perspectiva crítica, estos sesgos pueden explicarse por la persistencia de creencias tradicionales sobre el peor pronóstico de los pacientes mayores, la falta de formación específica, la incertidumbre clínica y la presión asistencial en contextos como UCI o urgencias. Además, la ausencia de herramientas estandarizadas de valoración integral favorece decisiones simplificadas basadas en la edad cronológica.

En cuanto a las implicaciones para la práctica clínica, los resultados destacan la necesidad de reforzar la formación específica en donación de órganos, mejorar las habilidades comunicativas con las familias y promover una valoración clínica integral libre de sesgos. En este contexto, el papel de enfermería es fundamental, tanto en la detección de donantes potenciales como en la coordinación del proceso, el acompañamiento a las familias y la toma de decisiones compartida.

En relación con los vacíos de investigación, se observa una falta de estudios que aborden de forma directa el impacto del edadismo en la donación de órganos, así como la ausencia de intervenciones formativas evaluadas que permitan reducir estos sesgos en la práctica asistencial. Futuras líneas de investigación deberían centrarse en el desarrollo de estrategias educativas y de formación, estudios prospectivos que integren variables psicosociales y clínicas, y herramientas de valoración clínica que permitan realizar una selección de donantes que favorezca el aumento del pool de estos de manera segura.

Por último, esta revisión presenta algunas limitaciones. Destaca la predominancia de estudios observacionales y retrospectivos, la heterogeneidad en los diseños y en los

puntos de corte de edad, así como la escasez de estudios específicos sobre edadismo y donación de órganos. Asimismo, la limitada bibliografía disponible sobre este enfoque dificulta una comprensión más profunda del fenómeno. A ello se suma gran variabilidad en los contextos clínicos analizados, ya que los estudios se centran en órganos concretos y situaciones clínicas muy específicas. En cierta forma esto es otro modo de reforzar la idea clave de que en el ámbito de la donación de órganos conviene huir de las generalidades y analizar cada caso individualmente y en su contexto global.

Finalmente, los resultados de esta revisión evidencian una discrepancia entre la evidencia científica sobre la viabilidad de los donantes geriátricos y las percepciones o actitudes de los profesionales sanitarios que pueden favorecer su infrautilización. En este contexto y como ha sido mencionado anteriormente, se considera necesaria la implementación de estrategias de sensibilización, formación dirigidas al personal sanitario y espacios de reflexión ética que permitan mejorar la calidad asistencial y reducir posibles sesgos relacionados con la edad.

7. CONCLUSIONES

El presente trabajo permite dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, evidenciando que existe literatura científica que relaciona, de forma directa e indirecta, la presencia de actitudes, creencias y sesgos asociados a la edad con el proceso de selección y utilización de órganos procedentes de personas de edad avanzada. Aunque la mayoría de los estudios no abordan el edadismo de manera explícita, sí describen conductas, percepciones y dinámicas asistenciales compatibles con formas de edadismo implícito en la práctica clínica.

Los resultados muestran que los profesionales sanitarios presentan, de forma general, una actitud favorable hacia la donación de órganos. Sin embargo, esta predisposición positiva no siempre se acompaña de conocimientos suficientes, experiencia práctica o formación específica, observándose barreras relacionadas con la incertidumbre clínica, la falta de protocolos, las dificultades comunicativas y la presión asistencial. Estos factores pueden favorecer decisiones simplificadas basadas en la edad cronológica y condicionar la consideración de las personas mayores como potenciales donantes.

En relación con los objetivos analíticos planteados, la evidencia científica revisada indica que los órganos procedentes de donantes de avanzada edad, son, en numerosos casos, clínicamente viables y ofrecen resultados aceptables en términos de supervivencia del paciente y del injerto, principalmente cuando se realiza una valoración integral del donante y del receptor. Aunque algunos estudios describen un aumento de determinados riesgos y complicaciones, existe consenso en que la edad por sí sola no debería constituir un criterio aislado de exclusión.

Asimismo, la revisión evidencia que los órganos procedentes de personas mayores continúan presentando una mayor probabilidad de descarte o no utilización, pese a la evidencia disponible sobre su viabilidad clínica. Este hallazgo permite inferir que las percepciones de riesgo, los prejuicios asociados al envejecimiento y determinados sesgos implícitos podrían estar influyendo en la toma de decisiones clínicas y limitando el aprovechamiento de órganos potencialmente válidos.

En cuanto a las implicaciones para la práctica enfermera, el personal de enfermería desempeña un papel clave en la detección de potenciales donantes, la coordinación

del proceso de donación, la comunicación con las familias y la promoción de cuidados libres de sesgos. En este sentido, resulta fundamental reforzar la formación específica y la sensibilización frente al edadismo, promoviendo una atención centrada en la valoración funcional y clínica de cada caso, y no exclusivamente en la edad cronológica.

Finalmente, se concluye que la evidencia científica disponible respalda la necesidad de avanzar hacia modelos de evaluación más individualizados e inclusivos en la donación de órganos. Del mismo modo, se considera necesario impulsar estrategias educativas, espacios de reflexión ética y herramientas de sensibilización que contribuyan a reducir posibles conductas edadistas en la práctica clínica.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Agerskov, H., Bistrup, C., Ludvigsen, M. y Pedersen, B. (2017). Experiencias de donantes vivos de riñón durante el proceso de donación. *Revista de cuidado renal* , 44(2), 96-105. <https://doi.org/10.1111/jorc.12233>
2. Ahmadi, A., Lafranca, J., Claessens, L., Imamdi, R., Ijzermans, J., Betjes, M., & Dor, F. (2014). Shifting paradigms in eligibility criteria for live kidney donation: a systematic review. *Kidney international*, 87 (1), 31-45 .
<https://doi.org/10.1038/ki.2014.118>.
3. Bunnik, E. M. (2023). Ethics of allocation of donor organs. *Current Opinion In Organ Transplantation*, 28(3), 192-196.
<https://doi.org/10.1097/mot.0000000000001058>
4. Cascales-Campos, P. A., Ferreras, D., Alconchel, F., Febrero, B., Royo-Villanova, M., Martínez, M., Rodríguez, J. M., Fernández-Hernández, J. Á., Ríos, A., Pons, J. A., Sánchez-Bueno, F., Robles, R., Martínez-Barba, E., Martínez-Alarcón, L., Parrilla, P., & Ramírez, P. (2020). Controlled donation after circulatory death up to 80 years for liver transplantation: Pushing the limit again. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, 20(1), 204–212. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/ajt.15537>
5. Chotkan, K. A., Kuiper, M. A., Alwayn, I. P. J., Heemskerk, M. B. A., Braat, A. E., & Jansen, N. E. (2025). Analysis of Unused Organ Donors in the Netherlands: Older Donor Age Associated With Higher Risk of Non-Utilization. *Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation*, 38, 14157. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3389/ti.2025.14157>
6. Coss, Ú., & Corry, M. (2026). Intensive Care Unit Nurses' Perceptions and Attitudes Towards Organ Donation: A National Survey in the Republic of Ireland. *Nursing in Critical Care*, 31(2), e70323.
<https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1111/nicc.70323>
7. Costa-Font, J., Rudisill, C., & Salcher-Konrad, M. (2021). Relative consent or presumed consent? Organ donation attitudes and behaviour. *European Journal of Health Economics*, 22(1), 5–16. <https://doi.org/10.1007/s10198-020-01214-8>
8. Cuende, N., Cuende, J. I., Fajardo, J., Huet, J., & Alonso, M. (2007). Effect of population aging on the international organ donation rates and the effectiveness of the donation process. *American Journal of Transplantation: Official Journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*, 7(6), 1526–1535.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2007.01792.x>

9. Danet Danet, A., Jiménez Cardoso, P., & Pérez Villares, J. M. (2020). Rutas emocionales en las experiencias profesionales de los equipos de coordinación de trasplantes. *Nefrología*, 40(1)
10. Dayoub, J. C., Cortese, F., Anžič, A., Grum, T., & de Magalhães, J. P. (2018). The effects of donor age on organ transplants: A review and implications for aging research. *Experimental gerontology*, 110, 230–240.
<https://doi.org/10.1016/j.exger.2018.06.019>
11. Dicks, S., Northam, H., Van Haren, F. y Boer, D. (2018). An exploration of the relationship between deceased organ donor families and transplant recipients: A systematic review and qualitative synthesis. *Health Psychology Open*, 5(2).
<https://doi.org/10.1177/2055102918782172>
12. Fernández-Alonso, V., Moro-Tejedor, M. N., Palacios-Ceña, D., Paredes-Garza, F., Gil-Carrasco, M. D., De La Matta Cantò, M., López-Parra, N., Espín-Faba, J. A., Torres-González, J. I., & García-Pozo, A. (2021). Attitudes towards multi-organ donation among intensive care unit nurses in transplant hospitals. *International nursing review*, 68(3), 308–317. <https://doi.org/10.1111/inr.12639>
13. Fernández-Lorente, L., Riera, L., Bestard, O., Carrera, M., Gomà, M., Porta, N., Torras, J., Melilli, E., Gil-Vernet, S., Grinyó, J., & Cruzado, J. (2012). Long-Term Results of Biopsy-Guided Selection and Allocation of Kidneys From Older Donors in Older Recipients. *American Journal Of Transplantation*, 12(10), 2781-2788. <https://doi.org/10.1111/j.1600-6143.2012.04153.x>
14. Generalitat de Catalunya. (2024). Balanç de resultats de l'activitat de donació i trasplantament.
<https://govern.cat/govern/docs/2025/01/15/12/27/ea5c97f3-b6ae-4037-9082-58b9e1c831f0.pdf>
15. Generalitat de Catalunya. (2026). 1.356 trasplantaments d'òrgans a Catalunya l'any 2025.
<https://web.gencat.cat/es/ciutadania/actualitat/noticies/2026/01/1-356-trasplanta-ments-d-organs-a-catalunya-l-any-2025>
16. Global Observatory on Donation and Transplantation. (s. f.). WHO-ONT global observatory on donation and transplantation.
<https://www.transplant-observatory.org>
17. Green, B., Goon, D. T., Mtise, T., & Oladimeji, O. (2023). A Cross-Sectional Study of Professional Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Organ Donation in Critical Care Units of Public and Private Hospitals in the Eastern Cape, South Africa. *Nursing Reports*, 13(1), 255-264.
<https://doi.org/10.3390/nursrep13010024>

18. Gripewall, E., Fagerström, L., Kumlien, C., Mattsson, J., Nyholm, L., & Björling, G. (2024). Swedish Intensive Care Nurses' Knowledge, Attitudes, and Views on Donation After Circulatory Death Before a National Implementation. *SAGE Open Nursing*, 1–17. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1177/23779608241274208>
19. Habbous, S., Montesi, B., Masse, C., Weernink, C., Sarma, S., Begen, M., Lam, N., Dipchand, C., Yohanna, S., Connaughton, D., Barnieh, L. y Garg, A. (2025). The flow of living kidney donor candidates through the evaluation process: A single-center experience in Ontario, Canada. *Canadian Journal of Kidney Health and Disease*, 12. <https://doi.org/10.1177/20543581251323964>
20. Houben, P., Bormann, E., Kneifel, F., Katou, S., Morgül, M. H., Vogel, T., Bahde, R., Radünz, S., Pascher, A., Schmidt, H., Brockmann, J. G., & Becker, F. (2022). How Old Is Old? An Age-Stratified Analysis of Elderly Liver Donors above 65. *Journal of clinical medicine*, 11(13), 3899. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3390/jcm11133899>
21. Jacobson, C. E., Brown, C. S., Sheetz, K. H., & Waits, S. A. (2022). *Left digit bias in selection and acceptance of deceased donor organs. American Journal of Surgery*, 224(4), 1104–1108. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2022.03.039>
22. Jankowska, M., Bzoma, B., Małyszko, J., Małyszko, J., Słupski, M., Kobus, G., Włodarczyk, Z., Rutkowski, B., & Dębska-Ślizień, A. (2021). Early outcomes and long-term survival after kidney transplantation in elderly versus younger recipients from the same donor in a matched-pairs analysis. *Medicine*, 100(51), e28159. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1097/MD.00000000000028159>
23. Jiménez-Romero, C., Justo, I., Marcacuzco, A., García, V., Manrique, A., García-Sesma, Á., Calvo, J., Fernández, I., Martín-Arriscado, C., & Caso, Ó. (2021). Safe use of livers from deceased donors older than 70 years in recipients with HCV cirrhosis treated with direct-action antivirals. Retrospective cohort study. *International journal of surgery (London, England)*, 91, 105981. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.ijsu.2021.105981>
24. Jordana, M. C., Conesa, C., Romero, P. R., Martínez, M. A. R., Paricio, P. P., & Zambudio, A. R. (2004). Importancia de los profesionales de atención primaria en la educación sanitaria de la donación de órganos. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1060350>
25. Kim J. (2025). Healthcare Professionals' Perceptions and Experiences of Ageism: A Qualitative Study. *International journal of environmental research and public health*, 22(3), 350. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3390/ijerph22030350>
26. Kisiołek, M., Blada, B., Hyla, J., Sikora, J., Putowski, Z., Krzych, Ł., & Saucha, W. (2024). What do we know about eligible organ donors? Analysis of data from a local Registry. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*. <https://doi.org/10.17219/acem/182940>

27. Kotamarthy, H. B., Sirga, S., Somasekhar DA, Subba, K., Panigrahi, N., Jupally, R., & Gunnampati, K. (2026). Knowledge, Attitude, Awareness of Organ Donation Among Health Care Professionals: A Prospective Observational Study from Hyderabad. *Apollo Medicine*, 23, S23–S28.
<https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1177/09760016251313656>

28. Kotloff, R., Blosser, S., Fulda, G., Malinoski, D., Ahya, V., Angel, L., Byrnes, M., Devita, M., Grissom, T., Halpern, S., Nakagawa, T., Stock, P., Sudan, D., Wood, K., Anillo, S., Bleck, T., Eidbo, E., Fowler, R., Glazier, A., Gries, C., Hasz, R., Herr, D., Khan, A., Landsberg, D., Lebovitz, D., Levine, D., Mathur, M., Naik, P., Niemann, C., Nunley, D., O'Connor, K., Pelletier, S., Rahman, O., Ranjan, D., Salim, A., Sawyer, R., Shafer, T., Sonneti, D., Spiro, P., Valapour, M., Vikraman-Sushama, D., & Whelan, T. (2015). Management of the Potential Organ Donor in the ICU: Society of Critical Care Medicine/American College of Chest Physicians/Association of Organ Procurement Organizations Consensus Statement. *Critical Care Medicine*, 43, 1291–1325.
<https://www.aacn.org/policy-and-advocacy/~media/505419f7f56047708f76eef012a69c64.ashx>

29. Lapasia, J., Kong, S., Busque, S., Scandling, J., Chertow, G., & Tan, J. (2011). Living donor evaluation and exclusion: the Stanford experience. *Clinical Transplantation*, 25(4), 697-704.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3357090/>

30. Lee, D. U., Ponder, R., Lee, K. J., Chou, H., Lee, K., Jung, D., Fan, G. H., & Urrunaga, N. H. (2023). The prognostic relationship between donor age and infectious risk in liver transplant patients with nonalcoholic steatohepatitis: Analysis of UNOS database. *Digestive and liver disease : official journal of the Italian Society of Gastroenterology and the Italian Association for the Study of the Liver*, 55(6), 751–762.
<https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1016/j.dld.2023.01.160>

31. Lentine, K., Waterman, A., Cooper, M., Nagral, S., Gardiner, D., Spiro, M., Rela, M., Danovitch, G., Watson, C., Thomson, D., Van Assche, K., Torres, M., Domínguez-Gil, B. y Delmonico, F. (2024). Expanding living donation opportunities: Recommendations from the 2023 Santander Summit to ensure donor protection, informed decision making, and equitable access. *Transplantation*.
<https://doi.org/10.1097/tp.0000000000005124>

32. Levy, B. (2009). *Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging*. *Current Directions in Psychological Science*, 18(6), 332–336.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>

33. Maanaoui, M., Lenain, R., Petit, V., Dujardin, A., Morelon, E., Charmetant, X., Le Quintrec, M., Serre, J. E., Ladrière, M., Girerd, S., Masset, C., Sicard, A., Gosset, C., Hamroun, A., Kerleau, C., Garandeau, C., Provôt, F., Giral, M., Hazzan, M., & DIVAT Consortium (2025). Donor Characteristics Associated With Graft Loss and Delayed Graft Function in Very-Aged Kidney Donors: An Observational Multicentric Study. *Transplant international : official journal of the European Society for Organ Transplantation*, 38, 14862. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.3389/ti.2025.14862>
34. Marco, J. P., Loris, M. A. J., Sanjosé, C. G., & Miret, J. I. S. (2015). Opinión de los profesionales sanitarios de Aragón acerca del papel de los servicios de urgencias hospitalarios en el proceso de donación. Dialnet. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5411753>
35. Martínez-Angulo P, Muñoz-Mora M, Rich-Ruiz M, Ventura-Puertos PE, Cantón-Habas V, López-Quero S. "With your age, what do you expect?": Ageism and healthcare of older adults in Spain. *Geriatr Nurs*. 2023 May-Jun;51:84-94. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36921397/>
36. Mateos Rodríguez, A., Fernández Ramos, O., de la Rosa Rodríguez, G., Bajo Rodilla, R., Agudo García, M., & Serrano, N. (2024). Evaluación del grado de conocimiento sobre donación de órganos y tejidos en profesionales de urgencias y emergencias. *Revista Española de Urgencias y Emergencias*, 3(1) <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9252082>
37. Michetti, C. (2020). Patient-centered practices in organ donation. *American Journal of Transplantation*, 20(6), 1503-1507. <https://doi.org/10.1111/ajt.15649>
38. Milross, L., O'Donnell, T., Bucknall, T., Pilcher, D., Poole, A., Reddi, B., & Ihle, J. (2022). Perceptions held by healthcare professionals concerning organ donation after circulatory death in an Australian intensive care unit without a local thoracic transplant service: A descriptive exploratory study. *Australian Critical Care*, 35(4), 430-437. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.013>
39. Min, E. K., Lee, J. G., Choi, Y., Kim, J. M., You, Y. K., Choi, D., Ryu, J. H., Kim, B. W., Kim, D. S., Cho, J. Y., Nah, Y. W., Ju, M. K., Kang, K. J., Choi, S. J. N., Hwang, S., & Kim, D. G. (2026). Navigating the risk of living donor liver transplantation from older donors: analysis of 4035 cases from a multicenter cohort. *International journal of surgery (London, England)*, 112(1), 1211–1218. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1097/JS9.0000000000003522>
40. Ministerio de Sanidad. (2021). *Informe mundial sobre edadismo*.

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/docs/Informe_mundial_edadismo.pdf

41. Montero-Salinas, A., Martínez Isasi, S., Fieira Costa, E., Fernández García, A., Castro Dios, D. J., & Fernández García, D. (2018). *Conocimientos y actitudes ante la donación de órganos de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel*. Revista Española de Salud Pública, 92

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7020771>

42. North, M. S., & Fiske, S. T. (2016). Taking a closer look at ageism: self- and other-directed ageist attitudes and discrimination. European Journal of Ageing, 13, 1–20.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10433-016-0409-9>

43. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Trasplante de órganos y tejidos humanos*.

https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/a62/a62_15-sp.pdf

44. Organización Nacional de Trasplantes (ONT). (2023). *Memoria de actividad de donación y trasplante en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

<https://www.ont.es/wp-content/uploads/2024/03/ACTIVIDAD-DE-DONACION-Y-TRASPLANTE-ESPANA-2023.pdf>

45. Organización Nacional de Trasplantes. (2024, 11 octubre). Qué es el modelo Español 3.3 - Organización Nacional de Trasplantes.

<https://www.ont.es/informacion-al-ciudadano-3/que-es-el-modelo-espanol-3-3/>

46. Organización Nacional de Trasplantes. (2026, 20 febrero). Cómo hacerse donante 3.7 - Organización Nacional de Trasplantes.

<https://www.ont.es/informacion-al-ciudadano-3/como-hacerse-donante-3-7/>

47. Organización Nacional de Trasplantes & Ministerio de Sanidad. (2026, 16 de enero). *Balance de actividad de donación y trasplante de órganos 2025*.

<https://www.ont.es/wp-content/uploads/2026/01/Balance-Actividad-Donacion-y-Trasplante-Organos-2025.pdf>

48. Olawade, D., Marinze, S., Qureshi, N., Weerasinghe, K. y Teke, J. (2024). Transforming organ donation and transplantation: Strategies to increase donor participation and system efficiency. European Journal of Internal Medicine.

<https://doi.org/10.1016/j.ejim.2024.11.010>

49. Plage, H., Pielka, P., Liefeldt, L., Budde, K., Ebbing, J., Sugünes, N., Miller, K., Cash, H., Bichmann, A., Sattler, A., Kotsch, K., & Friedersdorff, F. (2020). Extended Criteria Donors in Living Kidney Transplantation Including Donor Age, Smoking, Hypertension and BMI. *Therapeutics and clinical risk management*, 16, 787–793. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.2147/TCRM.S256962>

50. Sanner, M. (2005). El proceso de donación de riñón en donantes vivos. Nefrología, diálisis y trasplante: publicación oficial de la Asociación Europea de Diálisis y Trasplante - Asociación Renal Europea, 20 de agosto de 2005, 1707-13.

<https://doi.org/10.1093/ndt/gfh861>

51. Sarti, A., Sutherland, S., Meade, M., Shemie, S., Landriault, A., Vanderspank-Wright, B., Valiani, S., Keenan, S., Weiss, M., Werestiuk, K., Kramer, A., Kawchuk, J., Beed, S., Dhanani, S., Pagliarello, G., Chassé, M., Lotherington, K., Gatien, M., Parsons, K., Chandler, J., Nickerson, P., y Cardinal, P. (2022). Experiences of deceased organ donor families and suggestions to improve the donation process: A qualitative study. *CMAJ: Revista de la Asociación Médica Canadiense*, 194, E1054 - E1061. <https://doi.org/10.1503/cmaj.220508>

52. Satish, S., Wehrle, C. J., Zhang, M., Khalil, M., Jiao, C., Sun, K., Kusakabe, J., Pinna, A. D., Fujiki, M., Miller, C., Hashimoto, K., & Schlegel, A. (2025). Elderly Ages in Liver Transplantation: Are Older Donors Really Higher Risk?. *Transplantation direct*, 11(5), e1789. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.1097/TXD.0000000000001789>

53. Shah, S. H., Sridharan, K., Alalwan, A. A., Alshehabi, K. M., Alsitri, F., Alaradi, A. H., & El-Agroudy, A. E.-B. (2023). Knowledge and Attitude of Health-Care Professionals toward Organ Donation in Bahrain. *Indian Journal of Transplantation*, 17(1), 61–67.

https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.4103/ijot.ijot_86_21

54. Smith, A. B., Jones, C. D., & Martínez, E. (2013). Decadal analysis of deceased organ donation in Spain and the United States that links increases in donation rates to the use of older donors. *Liver Transplantation*, 19(9), 981-989.

https://journals.lww.com/lt/abstract/2013/09000/decadal_analysis_of_deceased_organ_donation_in.7.aspx

55. Swift, Hannah J., Abrams, Dominic, Lamont, Ruth A. and Drury, Lisbeth (2017) The Risks of Ageism Model: How Ageism and Negative Attitudes toward Age Can Be a Barrier to Active Aging. *Social Issues and Policy Review*, 11 (1). pp. 195-231. ISSN 1751-2395.

https://kar.kent.ac.uk/60369/1/sipr_12031_Rev2.pdf

56. Westphal, G., Garcia, V., De Souza, R., Franke, C., Vieira, K., Birckholz, V., Machado, M., De Almeida, E., Machado, F., Da Costa Sardinha, L., Wanzuita, R., Silvado, C., Costa, G., Braatz, V., Filho, M., Furtado, R., Tannous, L., De Albuquerque, A., Abdala, E., Gonçalves, A., Pacheco-Moreira, L., Dias, F., Fernandes, R., Di Giovanni, F., De Carvalho, F., Fiorelli, A., Teixeira, C., Feijó, C., Camargo, S., De Oliveira, N., David, A., Prinz, R., Herranz, L., & De Andrade, J. (2016). Guidelines for the assessment and acceptance of potential brain-dead organ donors. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 28, 220 - 255.
<https://doi.org/10.5935/0103-507x.20160049>.
57. World Health Organization. (2021). *Global report on ageing*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240016866>
58. World Health Organization. (s.f.). Ageing and health.
https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
59. Xu, Y., Wu, X. F., Liu, Y., Zhi, Y. N., Liu, Z. B., Wang, Z. S., Li, G. M., & Lin, D. D. (2025). Effect of Elderly Donors on Long-Term Outcomes of Liver Transplantation: A Retrospective Cohort Study. *Experimental and clinical transplantation : official journal of the Middle East Society for Organ Transplantation*, 23(2), 120–132.
<https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.6002/ect.2024.0241>
60. Zhou, J., Ye, D., Ren, S., Ding, J., Zhang, T., Zhang, S., Chen, Z., Xu, F., Zhang, Y., Zheng, H., & Hu, Z. (2025). Impact of Donor Age on Liver Transplant Outcomes in Patients with Acute-on-Chronic Liver Failure: A Cohort Study. *Gut and liver*, 19(3), 398–409. <https://doi-org.sabidi.urv.cat/10.5009/gnl230143>

9. ANEXOS

Figura 2. Número de donaciones en españa distribuido por años (ONT, 2026)

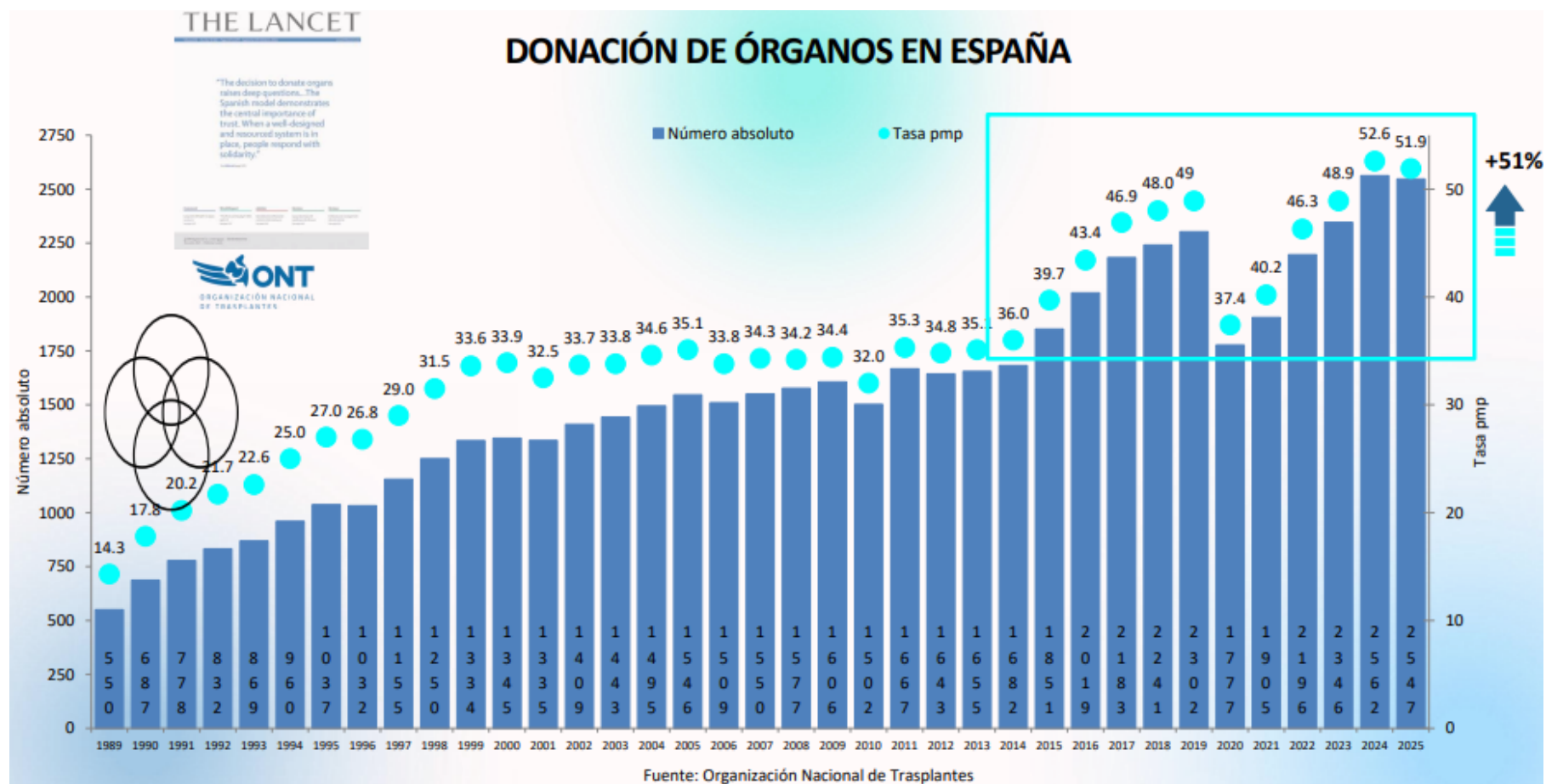
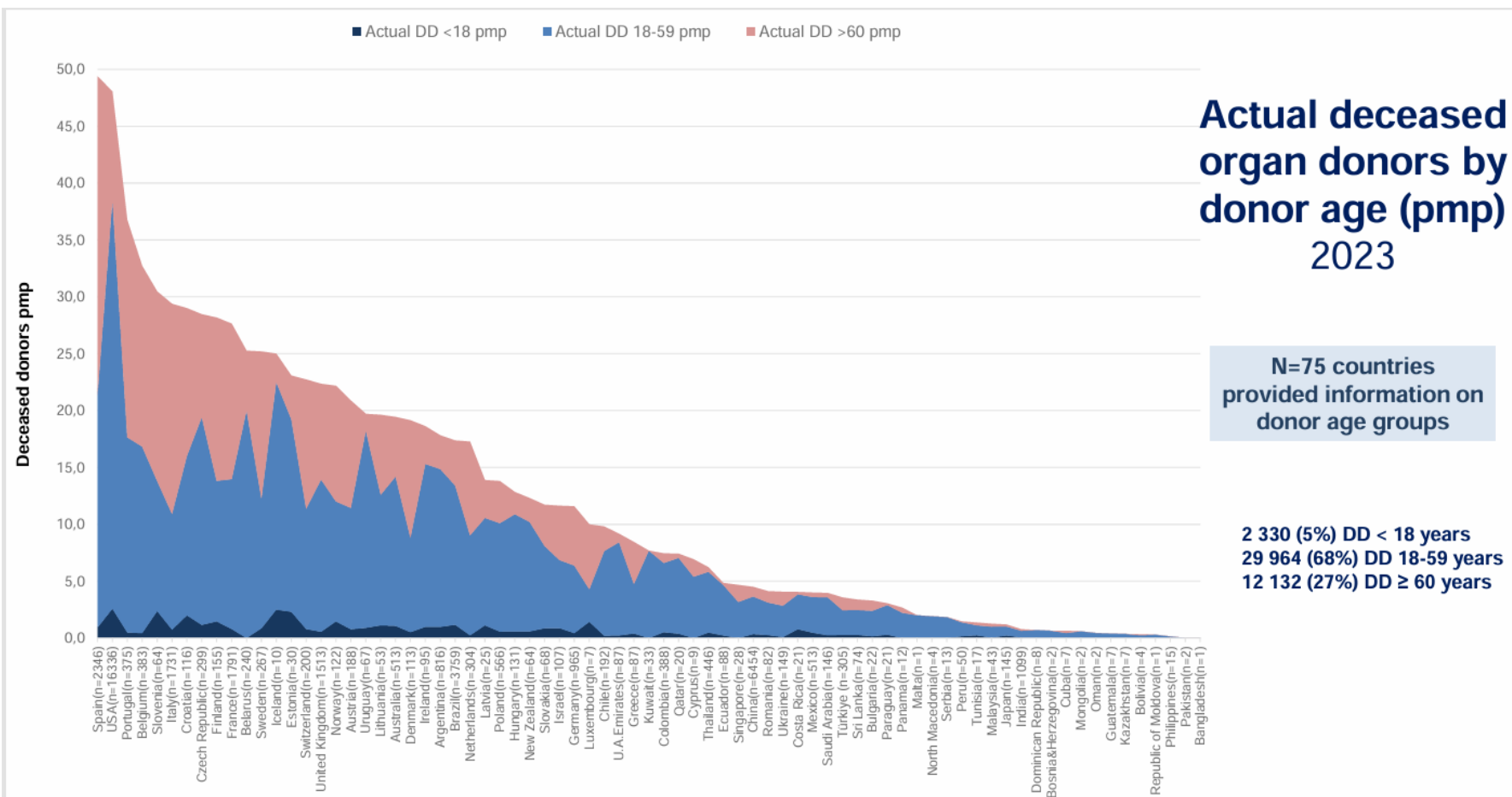


Figura 3. Comparación de donación de órganos en España vs otros países 2024 (ONT, 2026)

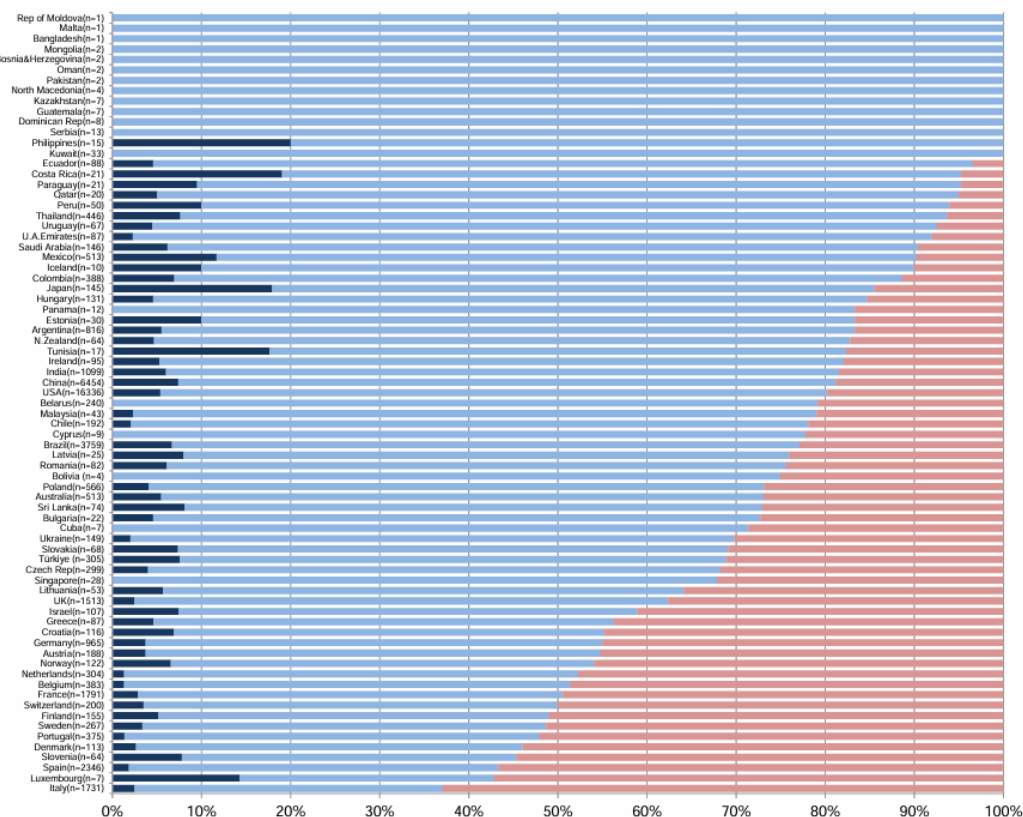


Figura 4. Tasa pmp de donantes fallecidos procedentes de cada país clasificados en 3 grupos de edad.



DONATION & TRANSPLANTATION GLOBAL REPORT 2023

Figura 5. Porcentaje de donantes fallecidos procedentes de cada país clasificados en 3 grupos de edad.



Actual deceased organ donors by donor age (%) 2023

N=75 countries
provided information on
donor age groups

2 330 (5%) DD < 18 years
29 964 (68%) DD 18-59 years
12 132 (27%) DD ≥ 60 years

Tabla 2. Matriz de extracción

Título, Autor/a y (año)	País / contexto	Objetivo del estudio	Diseño / método (tipos de estudio)	Muestra / participantes	Ámbito clínico	Categoría temática	¿Cómo se aborda el edadismo? (definición/indicadores)	Barreras/facilitadores identificados	Evidencia sobre viabilidad del donante mayor / Resultados clínicos	Estrategias formativas/sensibilización descritas	Resultados clave (resumen)	Implicaciones para enfermería	Calidad / observaciones
DIALNET PLUS													
Conocimientos y actitudes ante la donación de órganos de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel. Montero-Salinas, A., et al. (2018)	Galicia, España.	Evaluar conocimientos y actitudes de profesionales.	Estudio descriptivo transversal.	Médicos, enfermeras y auxiliares.	Hospitalario.	Profesionales sanitarios.	No abordada directamente. Implícito en actitudes.	Barreras: falta de conocimiento. Facilitador: actitud positiva.	No analiza directamente al donante mayor.	Necesidad de formación específica.	Actitud favorable, pero conocimiento limitado.	Enfermería es clave en la educación y detección de donantes.	Buena para contexto español; limitada profundidad analítica.
Opinión profesional de Aragón acerca del papel de los servicios de	Aragón, España.	Analizar percepción del papel de urgencias.	Estudio descriptivo transversal.	Profesionales sanitarios.	Urgencias hospitalarias.	Profesionales sanitarios.	No analiza de forma explícita el edadismo.	Barreras: para las enfermeras, la comunicación familiar, para los médicos la	No aporta evidencia directa sobre donante	Formación y protocolos claros.	Urgencias infratilizadas en donación.	Enfermería puede mejorar identificación y	Buena aplicabilidad organizativa.

urgencias hospitalarios en el proceso de donación. Marco, J. P. et al. (2015)								dificultad para estimar el pronóstico del paciente. Facilitadores: apoyo del equipo	mayor.			coordinación. Y mejorar la comunicación familiar.	
Rutas emocionales en equipos de coordinación de trasplantes Danet, et al (2020)	Andalucía, España.	Explorar experiencias emocionales.	Diseño exploratorio, transversal, multicéntrico, con metodología cualitativa.	Coordinadores de trasplante.	Coordinación hospitalaria.	Profesionales sanitarios.	Implícito: relación con pacientes mayores y familias.	Barreras: carga emocional. Facilitador: apoyo del equipo.	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Estrategias formativas, terapia grupal y apoyo institucional	Alta carga emocional en el proceso.	Necesidad de apoyo psicológico e institucional y estrategias formativas.	Alta calidad cualitativa; útil para la humanización.
Evaluación del grado de conocimiento sobre donación de órganos y tejidos en profesionales de urgencias y emergencias Mateos, et al. (2024)	España.	Evaluar nivel de conocimiento sobre donación.	Estudio descriptivo transversal.	Profesionales de urgencias y emergencias.	Urgencias hospitalarias y emergencias.	Profesionales sanitarios.	No analiza de forma explícita el edadismo.	Barreras: falta de formación. Facilitadores: experiencia.	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Programas formativos continuos necesarios. Mayor coordinación con los coordinadores de trasplantes.	Conocimiento insuficiente en aspectos clave del proceso de la donación de órganos.	Enfermería necesita formación continua.	Actual y relevante; limitada en análisis profundo.

Scopus													
Attitudes towards multi-organ donation among intensive care unit nurses in transplant hospitals. Fernández-Alonso, V. et al. (2021).	Madrid, España.	Analizar las actitudes de enfermeras de UCI hacia la donación multiorgánica y el trasplante de órganos de donantes fallecidos.	Estudio descriptivo observacional.	Enfermeras de unidades de cuidados intensivos (UCI).	UCI en hospitales con actividad trasplantadora.	Profesionales sanitarios.	No explícito. Implícito: posible sesgo en la toma de decisiones clínicas y actitudes hacia el donante.	Barreras: falta de formación específica, dificultades en la comunicación con familiares, impacto emocional Facilitadores: experiencia previa, formación en donación, contacto con procesos de trasplante.	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Necesidad de formación específica en donación, entrenamiento en habilidades comunicativas.	Actitudes generalmente positivas hacia la donación, aunque existen barreras relacionadas con la formación y la gestión emocional.	Reforzar: Formación, apoyo emocional, competencias comunicativas.	Alta relevancia para el contexto español. Limitación: no aborda el edadismo de forma directa.
A Cross-Sectional Study of Professional Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Organ Donation in Critical Care Units of Public and Private Hospitals	Sudáfrica, hospitales públicos y privados.	Evaluar conocimientos, actitudes y prácticas de enfermeras sobre donación de órganos.	Estudio cuantitativo descriptivo transversal (cross-sectional)	Enfermeras de unidades de cuidados críticos	Unidades de cuidados críticos (UCI)	Profesionales sanitarios.	No explícito. Implícito: posible influencia de creencias y percepciones subjetivas en la toma de	Barreras: bajo nivel de conocimiento, falta de formación, inseguridad profesional, factores culturales. Facilitadores: actitudes	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Formación continua, programas educativos, mejora de protocolos.	Existe una actitud positiva hacia la donación, pero con conocimientos insuficientes y baja aplicación práctica.	Necesidad de: formación, aumentar seguridad profesional, reducir la brecha entre actitud y práctica.	Buen tamaño muestral y aplicabilidad clínica. Limitación: contexto cultural específico

in the Eastern Cape, South Africa. Green, B. et al. (2023).							decisiones.	positivas hacia la donación, disposición favorable de los profesionales.					o (Sudáfrica).
Perceptions held by healthcare professionals concerning organ donation after circulatory death in an Australian intensive care unit without a local thoracic transplant service: A descriptive exploratory study. Milross, L. et al. (2022).	Australia, UCI sin programa local de trasplante torácico	Explorar percepciones de profesionales sanitarios sobre la donación tras parada circulatoria.	Estudio descriptivo exploratorio mixto (preguntas cuantitativas y cualitativas).	Profesionales sanitarios, principalmente personal de UCI.	Unidad de cuidados intensivos (UCI)	Profesionales sanitarios.	No explícito Implícito: decisiones influidas por percepción clínica y contexto.	Barreras: falta de formación, falta de recursos, complejidad del proceso, limitaciones organizativas. Facilitadores: Experiencia previa, apoyo institucional.	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Necesidad de: formación en donación tras parada circulatoria, mejora de recursos y organización.	Percepciones influenciadas por falta de experiencia, recursos y complejidad del proceso.	Importancia de formación y apoyo organizativo para mejorar la toma de decisiones.	Aporta visión cualitativa profunda Limitación: contexto específico (una UCI).
Intensive Care Unit Nurses' Perceptions and Attitudes Towards Organ Donation: A National Survey in the Republic of Ireland.	Irlanda, estudio nacional	Analizar percepciones y actitudes de enfermería de UCI hacia la	Estudio observacional transversal, encuesta nacional.	Enfermeras de unidades de cuidados intensivos.	UCI	Profesionales sanitarios.	No explícito Implícito: influencia de percepciones y confianza de	Barreras: falta de formación, baja confianza profesional, falta de protocolos. Facilitadores: Actitud positiva, experiencia	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Necesidad de: formación específica, mejora de protocolos, entrenamiento en	Actitudes positivas, pero con limitaciones en conocimiento, confianza	Refuerzo de formación y protocolos para mejorar la participación en donación y la	Alta calidad por ser un estudio nacional. Limitación:

Coss, Ú., & Corry, M. (2026).		donación de órganos.					decisiones clínicas.	previa.		comunicación.	y práctica.	confianza en la comunicación.	autoinforme por encuesta.
CINAHL													
Knowledge and Attitude of Health-Care Professionals toward Organ Donation in Bahrain. Shah, S. H. et al. (2023)	Reino de Bahrén.	Evaluar conocimientos y actitudes de profesionales sanitarios.	Estudio transversal.	Profesionales sanitarios	Hospitalario	Profesionales sanitarios.	No explícito. Implícito: influencia del conocimiento en decisiones clínicas.	Barreras: bajo conocimiento, falta de formación. Facilitadores: actitud positiva	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Necesidad de programas educativos.	Actitud positiva con déficit de conocimiento	Necesidad de formación específica para los profesionales y educación y concienciación a los donantes y familias.	Buen diseño transversal. Limitación: contexto cultural específico.
Swedish Intensive Care Nurses' Knowledge, Attitudes, and Views on Donation After Circulatory Death Before a National Implementation. Gripewall, E. et al. (2024)	Suecia	Explorar percepciones y conocimientos sobre la donación después de muerte por parada circulatoria (DCD).	Estudio transversal de métodos mixtos, tanto cuantitativo como cualitativo.	Enfermeras de UCI.	UCI	Profesionales sanitarios.	No explícito. Implícito: toma de decisiones en contextos complejos	Barreras: falta de conocimiento, incertidumbre, dudas éticas. Facilitadores: actitud positiva.	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Formación previa a implementación.	Actitud positiva pero, con inseguridad y falta de preparación.	Necesidad de formación estructurada.	Muy relevante para cambios organizativos.

Knowledge, Attitude, Awareness of Organ Donation Among Health Care Professionals: A Prospective Observational Study from Hyderabad. Kotamarthy, H. B. et al. (2026)	Hyderabad, India.	Evaluar conocimiento, actitud y conciencia.	Estudio observacional prospectivo.	Profesionales sanitarios.	Hospitalario.	Profesionales sanitarios.	No explícito. Implícito: influencia cultural y percepciones.	Barreras: bajo conocimiento, factores culturales Facilitadores: actitud positiva.	No aporta evidencia directa sobre donante mayor.	Educación sanitaria.	Actitud positiva con baja aplicación práctica.	Mejorar formación y práctica clínica.	Buen diseño. Limitación cultural y bajo nivel de participación real.
PUBMED													
Safe use of livers from deceased donors older than 70 years in recipients with HCV cirrhosis treated with direct-acting antivirals. Retrospective cohort study. Jimenez-Romero	España	Evaluar los resultados del uso de hígados de donantes >70 años en receptores con VHC tratados con antivirales	Estudio de cohorte retrospectivo	93 pacientes con cirrosis por VHC trasplantados con hígados de donantes >70 años (62 sin DAA vs 31 con DAA)	Trasplante hepático	Viabilidad del donante mayor	De manera implícita cuestiona la exclusión por edad de donantes mayores.	Barreras: peor pronóstico en era pre-DAA, recurrencia VHC; Facilitadores: uso de DAA, mejor selección de donantes	Demuestra que el uso de donantes >70 años es seguro en pacientes tratados con DAA, con mejora significativa	No se describen estrategias formativas específicas.	Supervivencia a 5 años: 88.4% (DAA) vs 56.5% (no DAA); alta tasa de respuesta viral sostenida (~96.8%)	Apoya ampliar criterios de donación; relevante para valoración clínica y seguimiento enfermero del trasplante	Estudio retrospectivo, unicéntrico; posible sesgo temporal entre grupos

C., et al. (2021)		de acción directa (DAA)							de supervivencia				
Controlled donation after circulatory death up to 80 years for liver transplantation: Pushing the limit again. Cascales-Campos P.A., et al. (2020)	España	Comparar resultados del trasplante hepático entre donantes DCD vs DBD y analizar el impacto de la edad (>70 hasta 80 años) en donantes DCD	Estudio prospectivo comparativo (cohorte)	77 trasplantes con DCD comparados con 77 DBD; subanálisis: 32 donantes ≥70 años vs 45 <70 años	Trasplante hepático	Viabilidad del donante mayor	De manera implícita cuestiona el límite de edad en donación.	Barreras: mayor riesgo de complicaciones biliares (colangiopatía isquémica); Facilitadores: técnicas de preservación (SRR), experiencia clínica, selección de donantes	La edad del donante ≥70 (hasta 80 años) no empeora supervivencia ni resultados del injerto	No se describen estrategias formativas específicas.	Supervivencia del paciente e injerto similar entre DCD y DBD; edad no factor negativo; mayor tasa de complicaciones biliares en DCD	Apoya ampliar criterios de donación incluyendo donantes mayores; relevante para valoración clínica y manejo de complicaciones post-trasplante	Estudio unicéntrico; no aleatorizado; seguimiento relativamente corto
Early outcomes and long-term survival after kidney transplantation in elderly versus younger recipients from the same	Polonia	Comparar resultados del trasplante renal en pacientes ≥60 años vs más	Estudio multicéntrico, retrospectivo, observacional con diseño de	328 pacientes (164 pares: un receptor ≥60 años y uno <60 del mismo donante)	Trasplante renal	Viabilidad del donante mayor	De manera implícita cuestiona la edad como criterio limitante para trasplante.	Barreras: mayor mortalidad y comorbilidad en mayores (cardiovascular, diabetes); Facilitadores: selección	Resultados iniciales (1 año) similares entre mayores y jóvenes → el	No se describen estrategias formativas específicas.	Supervivencia al año similar; función del injerto comparable; más complicaciones	Apoya no excluir por edad; enfermería clave en valoración integral, manejo de	Diseño robusto (matched-pairs); multicéntrico; limitaciones:

donor in a matched-pairs analysis. Jankowska M., et al. (2021)		jóvenes recibiendo riñones del mismo donante	pares emparejados					adecuada de pacientes, comparación controlada por donante	trasplante es una opción viable en pacientes mayores		ones cardiovasculares y diabetes en mayores; peor supervivencia a largo plazo por menor esperanza de vida	comorbilidades y seguimiento postrasplante	retrospectivo, variabilidad en seguimiento y tratamientos
Effect of Elderly Donors on Long-Term Outcomes of Liver Transplantation: A Retrospective Cohort Study. Xu Y., et al. (2025)	China	Analizar el impacto de los donantes ≥60 años en los resultados a corto y largo plazo del trasplante hepático y factores asociados	Estudio de cohorte retrospectivo (2015–2023), análisis multivariante y propensity score matching	957 receptores adultos (183 con donantes ≥60 años vs 774 jóvenes); subgrupos según edad receptor-donante	Trasplante hepático	Viabilidad del donante mayor	Cuestiona la consideración de los donantes mayores como "marginales" o de alto riesgo	Barreras: mayor mortalidad a 3 meses en donantes mayores; mayor riesgo cuando donante y receptor son ambos mayores; percepción de riesgo; Facilitadores: mejora técnica, mejor selección, reducción tiempos isquemia,	El uso de donantes ≥60 años es viable y efectivo, con supervivencia a largo plazo similar a donantes jóvenes	No se describen estrategias formativas específicas.	Supervivencia del injerto y del paciente similar entre grupos a largo plazo Mayor mortalidad a 3 meses en grupo de donantes mayores	Refuerza la necesidad de evitar exclusión por edad; enfermería clave en cuidados postoperatorios, detección precoz de complicaciones y selección integral del paciente	Nivel de evidencia moderado (cohorte retrospectiva); limitaciones: estudio unicéntrico, tamaño reducido de donantes

								experiencia clínica			(17.5% vs 11.8%)		mayores, posible sesgo temporal
Elderly Ages in Liver Transplantation: Are Older Donors Really Higher Risk? Satish S., et al. (2025)	Estados Unidos (base de datos nacional SRTR)	Evaluar los resultados del trasplante hepático con donantes ≥70 años y analizar si realmente suponen mayor riesgo	Estudio de cohorte retrospectivo	148.960 trasplantes hepáticos; 5.414 con donantes ≥70 años; 4.291 receptores ≥70 años	Trasplante hepático	Viabilidad del donante mayor	Cuestiona la percepción de mayor riesgo en donantes mayores y la infrautilizaci ón de estos órganos	Barreras: percepción de alto riesgo, mayor descarte de órganos, peores resultados históricos; Facilitadores: mejora de resultados con el tiempo, scores de riesgo (BAR, SOFT), mejor selección donante-receptor	Los donantes ≥70 años pueden ser utilizados de forma segura, especialme nte en receptores de bajo riesgo, con resultados comparable s en la práctica actual	No se describen estrategias formativas específicas.	Supervive ncia del injerto ha mejorado significativ amente con el tiempo (de 2.2 a 9.6 años) Diferencia s de superviven cia <10% en era moderna (clínicame nte poco relevantes) Resultado s similares en receptores mayores con	Refuerza evitar exclusión por edad; enfermería clave en valoración integral, estratificació n de riesgo y seguimiento postrasplante	Gran tamaño muestral (alta potencia) ; limitacion es: sesgo de selección (donante s mayores muy seleccion ados), datos de registro, variables no disponibl es

											donantes mayores		
How Old Is Old? An Age-Stratified Analysis of Elderly Liver Donors above 65. Houben P., et al. (2022)	Alemania	Analizar el impacto de la edad del donante ≥ 65 en resultados de trasplante hepático	Estudio retrospectivo	92 receptores de hígados de donantes ≥ 65	Trasplante hepático	Viabilidad del donante mayor	Cuestiona la idea de umbrales de edad y el rechazo de órganos por edad avanzada	Barreras: mayor susceptibilidad a daño isquemia-reperfusion, percepción de peor calidad Facilitadores: selección donante-receptor, reducción de tiempo de isquemia, nuevas tecnologías (perfusión)	Donantes ≥ 65 (incluso ≥ 70) ofrecen resultados clínicamente aceptables y pueden salvar vidas	No se describen estrategias formativas específicas.	Rechazar órganos por edad puede empeorar la supervivencia en lista de espera No diferencias significativas entre 65–69 y ≥ 70 en supervivencia paciente	Importancia de valoración integral, evitar decisiones basadas sólo en edad, rol clave en educación y coordinación	Estudio sólido pero limitado (unicéntrico, tamaño muestral moderado)
Extended Criteria Donors in Living Kidney Transplantation Including Donor Age, Smoking, Hypertension and BMI. Plage H., et	Alemania	Evaluar el impacto de factores de riesgo del donante (edad >60 , HTA, IMC, tabaquismo)	Estudio retrospectivo	158 trasplantes renales de donante vivo	Trasplante renal	Viabilidad del donante mayor	Analiza la edad como factor de riesgo, aunque no como criterio de exclusión	Barreras: Edad >60 asociada a peor supervivencia del injerto Menor función renal inicial Mayor función	Donantes con factores de riesgo (incluida edad >60) son viables, aunque con	No se describen estrategias formativas específicas.	Supervivencia global similar entre grupos Edad >60 = peor supervivencia	Importancia de valoración integral, seguimiento estrecho, educación del paciente y toma de	Estudio retrospectivo, unicéntrico; tamaño moderado;

al. (2020)		) en resultados del trasplante renal					absoluto	retardada del injerto Facilitadores: Selección cuidadosa Evaluación integral de factores (no solo edad) Expansión controlada de criterios	peor función inicial; a largo plazo no hay diferencias globales, excepto en subgrupo de edad >60		cia del injerto	decisiones informada	análisis detallado de factores de riesgo
Navigating the risk of living donor liver transplantation from older donors: analysis of 4035 cases from a multicenter cohort. Min et al., (2026)	Corea del Sur	Evaluar resultados de trasplante hepático de donante vivo según edad del donante e identificar factores de riesgo de pérdida del injerto	Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico con propensity score matching	4035 trasplantes hepáticos de donante vivo	Trasplante hepático (donante vivo)	Viabilidad del donante mayor	Analiza impacto de edad del donante en resultados clínicos	Barreras: Edad ≥50 años, tiempo de isquemia fría ≥150 min, Model for End-Stage Liver Disease(MELD) ≥20, IMC receptor ≥25. Facilitadores: Selección adecuada donante-receptor, minimizar factores de riesgo	Donantes ≥50 años presentan peor supervivencia del injerto (79.6% vs 87.7% a 5 años), pero son viables si no se acumulan factores de riesgo	No se describen estrategias formativas específicas.	Edad del donante ≥50 es factor independiente de pérdida del injerto (HR 1.56). ≥2 factores de riesgo: HR 3.78. Complicaciones del donante	Importancia de valoración integral, control de tiempos quirúrgicos y factores del receptor	Estudio robusto (gran muestra, multicéntrico); limitaciones: retrospectivo, posible sesgo de selección

											similares entre grupos		
Donor Characteristics Associated With Graft Loss and Delayed Graft Function in Very-Aged Kidney Donors: An Observational Multicentric Study. Maanaoui, M., et al. (2025)	Francia	Identificar factores de riesgo de pérdida del injerto y función retardada del injerto en donantes renales >70 años	Estudio observacional multicéntrico retrospectivo sobre cohorte prospectiva	1036 receptores de riñón de donantes >70 años	Trasplante renal	Viabilidad del donante mayor	Evalúa resultados en donantes muy mayores para optimizar su uso	Barreras: HTA del donante, tiempo de isquemia fría, incompatibilidades de antígenos leucocitarios humanos (HLA). Facilitadores: perfusión hipotérmica, optimización del proceso	Donantes >70 años son viables, pero con mayor riesgo de pérdida de injerto asociado a factores clínicos (no solo edad)	No se describen estrategias formativas específicas.	HTA del donante (HR 1.46) Tiempo isquemia fría (HR 1.03/h) Función retardada del injerto asociado a peor supervivencia (HR 1.94) Perfusión hipotérmica protectora	Necesidad de control de factores perioperatorios, vigilancia del injerto y prevención de complicaciones	Estudio robusto (multicéntrico, gran muestra), pero retrospectivo; posible sesgo de selección
The prognostic relationship between donor age and infectious risk in liver transplant patients	EE.UU. (base de datos UNOS)	Analizar cómo la edad del donante influye en mortalidad,	Estudio observacional de cohorte retrospectivo con regresión de	8888 pacientes trasplantados	Trasplante hepático (donante fallecido)	Viabilidad del donante mayor	analiza impacto clínico de edad avanzada del donante	Barreras: edad avanzada del donante, mayor vulnerabilidad inmunológica, riesgo de sepsis.	A mayor edad del donante, mayor mortalidad global y	No se describen estrategias formativas específicas.	Incremento progresivo del riesgo con la edad del	Necesidad de vigilancia infecciosa intensiva, ajuste de inmunosupre	Alta calidad (gran base de datos nacional)

with NASH Lee, D. U., et al. (2023)		fallo del injerto y riesgo infeccioso tras trasplante hepático en pacientes con NASH	Cox					Facilitadores: monitorización estrecha, ajuste inmunosupresión	especialmente mortalidad por infección/sepsis (hasta HR 3.58–3.70 en donantes ≥80 años)		donante. Mayor mortalidad por causas infecciosas en todos los grupos de edad avanzada. Fallo del injerto significativo en donantes muy mayores (≥80)	sión y seguimiento más estrecho en receptores de donantes mayores	; limitaciones: retrospectivo, falta de variables clínicas detalladas
Analysis of Unused Organ Donors in the Netherlands: Older Donor Age Associated With Higher Risk of Non-Utilization. Chotkan, K. A., et al. (2025)	Países Bajos	Analizar el aumento de donantes no utilizados e identificar factores de riesgo, especialmente el impacto del	Estudio retrospectivo observacional de todos los donantes fallecidos referidos; análisis estadístico con regresión logística	2.235 donantes referidos; 1.618 utilizados y 617 no utilizados.	Donación de órganos (DBD y DCD) en UCI.	Donante mayor, no utilización de órganos, "donante marginal".	Se evidencia en que la edad avanzada se asocia a mayor probabilidad de descartar, vinculada a comorbilidades	Barreras: edad avanzada, comorbilidades (HTA, diabetes), donación DCD, fase agónica >2h (45%), historia médica inaceptable (22%), sospecha de malignidad, peor calidad del	Los donantes ≥66 años tienen mayor riesgo de no utilización (OR hasta 3.98 en análisis univariable)	No descritas	Aumento del 51% de donantes no utilizados. Los donantes no utilizados son más mayores,	Importancia del rol enfermero en detección de donantes, coordinación, optimización clínica y gestión del proceso; impacto emocional y	Fortaleza: gran muestra nacional, análisis multivariable. Limitaciones: diseño retrospectivo,

		envejecimiento del pool de donantes.	(univariable y multivariable).				d y percepción de menor calidad del órgano.	órgano. Facilitadores: ampliación de criterios de aceptación, perfusión de órganos, políticas de donación.	. Donantes DCD: OR 3.43–4.37. Aún así, aceptar donantes de alto riesgo puede aumentar el número absoluto de trasplantes.		más frecuente mente DCD y con más comorbilidades. El envejecimiento del pool incrementa el uso de donantes "marginale s".	organizativo cuando la donación no se materializa.	posibles datos incompletos, resultados dependientes del contexto (alto uso de DCD).
Impact of Donor Age on Liver Transplant Outcomes in Patients with Acute-on-Chronic Liver Failure: A Cohort Study. Zhou, J., et al. (2025)	EE. UU. (base de datos SRTR)	Evaluar el impacto de la edad del donante en la supervivencia y resultados del trasplante hepático en pacientes con ACLF.	Estudio observacional retrospectivo con análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y regresión de Cox + ajuste IPTW.	13.857 receptores con ACLF trasplantados	Trasplante hepático en pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF).	Donante mayor, resultados clínicos, asignación de órganos.	La edad del donante se asocia a peor supervivencia; puede influir en decisiones de aceptación/rechazo.	Barreras: edad ≥60 años, tiempo de isquemia, comorbilidades, gravedad ACLF, diabetes del receptor. Facilitadores: adecuada selección donante-receptor, optimización clínica,	Supervivencia a 5 años: 82.0% (<18 años), 78.2% (18–59), 71.4% (≥60). Por tanto, peor con edad avanzada pero aún aceptable.	No descritas	La edad del donante se asocia linealmente con mayor mortalidad Sin embargo, pacientes ACLF 0–2 pueden tener	Enfermería clave en valoración del receptor, coordinación del trasplante y optimización del estado clínico; importante para evitar sesgos basados solo	Gran tamaño muestral y análisis robusto. Limitaciones: diseño retrospectivo, sesgos de base de datos, variables

								aceptación de donantes mayores en contexto de escasez.	Donante ≥ 60 años aumenta mortalidad (HR 1.412).		resultados comparables con donantes mayores; en ACLF3 el pronóstico es peor con donantes ancianos.	en edad y valorar globalmente.	clínicas incompletas.
Healthcare Professionals' Perceptions and Experiences of Ageism: A Qualitative Study. Kim, J. (2025).	Corea del Sur.	Identificar el edadismo, sus factores influyentes, las actitudes deseables de los profesionales geriátricos y los cambios institucionales	Estudio cualitativo, con entrevistas y análisis cualitativos.	Un total de 10 profesionales sanitarios.	Atención geriátrica y sanitaria general.	Profesionales sanitarios.	De forma explícita, a partir de percepciones y experiencias de los propios profesionales sobre trato y actitudes hacia personas mayores.	Barreras: edadismo, factores influyentes del contexto profesional e institucional. Facilitadores: cambios institucionales y estrategias integradas para eliminar barreras.	No aborda directamente la viabilidad de la donación ni la del donante mayor.	Cambios institucionales y estrategias integradas anti-edadismo, sensibilización del profesional.	El estudio muestra que el edadismo está presente en la práctica sanitaria geriátrica y que reducirlo requiere cambios organizativos además de	Muy útil para argumentar la necesidad de formación en sesgos, comunicación y atención no discriminatoria.	Relevante para el tema del edadismo o explícito. Aborda directamente las percepciones y experiencias de los profesionales de la salud en

		necesarios para eliminar esas barreras.									reflexión profesional.		relación con el edadismo.
Left digit bias in selection and acceptance of deceased donor organs. Jacobson, C. E., et al. (2022)	Estados Unidos	Determinar si existe un sesgo de "dígito izquierdo" que restrinja la colocación y aceptación de órganos cuando los donantes entran en una nueva edad.	Estudio cuantitativo observacional retrospectivo de base de datos.	105.387 potenciales donantes fallecidos con órganos ofertados entre 2020 y 2019.	Donación y trasplante de órganos.	Viabilidad del donante mayor.	De forma explícita a través de un sesgo cognitivo en la toma de decisiones: cambios injustificados en aceptación al pasar, por ejemplo, de 69 a 70 años.	Barrera: sesgo cognitivo en la aceptación de órganos. Facilitador implícito: decisiones más objetivas y basadas en evidencia.	No evalúa directamente resultados clínicos del injerto. Muestra que a los 70 años cae un 5,4% la probabilidad de colocación de cualquier órgano y disminuye en 0,25% el número de órganos colocados, lo que sugiere	No describe un programa formativo específico, pero el hallazgo apoya la sensibilización sobre sesgos en selección y aceptación.	Hubo sesgo de dígito izquierdo significativo en la aceptación de órganos en edades de 60 y 70 años, y en la aceptación de riñón a los 70 años.	Muy útil para defender que la edad cronológica puede influir de forma irracional en decisiones del proceso de donación y trasplante.	Muy pertinente e para resultados, gran muestra y conexión directa con el tema. Se centra en la aceptación de órganos, cómo el edadismo puede influir en la toma de decisiones

									infrautilizaci ón relacionada con la edad.				quirúrgic as, lo que puede relaciona rse con la viabilidad de los órganos.
--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	---

"With your age, what do you expect?": Ageism and healthcare of older adults in Spain. Martínez-Angulo, P., et al. (2023)	España	Destacar la experiencia de personas mayores con el sistema sanitario, cómo perciben el edadismo de sus profesionales y explorar la relación entre edadismo percibido y autopercepción del envejecimiento.	Estudio cualitativo exploratorio.	14 mujeres mayores de 65 años que vivían solas en sus domicilios.	Atención sanitaria.	Profesionales sanitarios.	De forma explícita: como percepción de respuestas profesionales es que ignoran preferencias del paciente mayor y lo excluyen de la toma de decisiones.	Barreras: ignorar preferencias, excluir a las personas mayores de las decisiones y respuestas sanitarias influidas por la edad. Facilitadores: atención centrada en la persona y participación del paciente.	No aporta datos directos sobre donación, sí respalda la existencia de discriminación por edad en la atención sanitaria.	No parece describir un programa formal, pero apoya formación en atención no edadista y decisiones compartidas.	Las participantes percibieron respuestas profesionales que ignoraban sus preferencias y las excluían de decisiones sobre su atención.	Muy útil para sostener la humanización, escucha activa y defensa de la autonomía en personas mayores.	Muy relevante por ser contexto español. Proporciona una visión sobre cómo el edadismo o afecta la atención sanitaria, lo que incluye la interacción de los profesionales con pacientes mayores.
---	--------	---	-----------------------------------	---	---------------------	---------------------------	--	---	---	--	---	---	--

Tabla 3. Resultados. Conocimientos, actitudes y edadismo de los profesionales sanitarios ante la donación de órganos

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y EDADISMO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS					
Título, autor, publicación (país), duración y año	Tipo de estudio	Muestra e instrumento de valoración	Puntos clave (objetivo del estudio)	Relación directa o indirecta del edadismo y donación de órganos	Conclusión (Resultados principales)
Intensive Care Unit Nurses' Perceptions and Attitudes Towards Organ Donation: A National Survey in the Republic of Ireland. Coss, Ú., y Corry, M. (2026).	Estudio transversal mediante encuestas online.	181 enfermeras de 4 UCI diferentes. Cuestionario anónimo online analizado con el software SPSS.	El objetivo es evaluar conocimientos, actitudes y confianza en el proceso de donación. 100% apoyo a la donación. 85% dispuesto a ser donante. Baja confianza en la comunicación con familias. Conocimiento y confianza asociados a experiencia y formación.	Aunque el estudio no analiza directamente el edadismo, puede influir indirectamente con la baja confianza en la comunicación con familias. Puede influir en la toma de decisiones en pacientes mayores, donde la complejidad emocional suele ser mayor.	La formación continua y específica mejora la confianza y la implicación en el proceso de donación, al igual que promover oportunidades para adquirir experiencia junto a compañeros con más experiencia.
Knowledge, Attitude, Awareness of Organ Donation Among Health Care Professionals: A Prospective Observational Study from Hyderabad. Kotamarthy, H. B. et al. (2026)	Estudio observacional prospectivo	350 profesionales sanitarios trabajan en centros de atención terciaria en Hyderabad, de ellos 221 son enfermeros, 82 médicos y 47 paramédicos. Cuestionario estructurado.	Evaluar conocimiento, actitud y prácticas relacionadas con la donación de órganos. 50.1% conocimiento adecuado. 49.9% conocimientos insuficientes. 55.6% actitud positiva. Mayor conocimiento en menores de 40 años.	Hay un posible sesgo generacional. Los resultados sugieren una posible diferencia generacional en el conocimiento, lo que podría influir indirectamente en la valoración clínica de pacientes mayores.	El déficit de conocimiento y la falta de información limitan la actitud positiva de la comunidad hacia la donación de órganos, por lo que hay una necesidad de educación. Los profesionales de la salud pueden influir significativamente en la tasa de donación de órganos si fomentan los conocimientos, abordan las ideas erróneas y apoyan reformas sistémicas. La colaboración de las ONG también es esencial para promover la

					concienciación y agilizar los procedimientos de donación de órganos.
Healthcare Professionals' Perceptions and Experiences of Ageism: A Qualitative Study. Kim, J. (2025)	Estudio cualitativo	10 profesionales sanitarios (2 médicos y 8 enfermeras) con experiencia de más o igual a 3 años con pacientes geriátricos. Entrevista semiestructurada. Con enfoque de teoría fundamentada.	El fenómeno central es el edadismo implícito y encubierto. Los profesionales niegan que discriminen, pero describen conductas claramente edadistas, como por ejemplo asociar a los pacientes mayores como lentos y complejos. Esto resulta en una menor calidad comunicativa. La falta de formación es la causa principal.	Los profesionales perciben a la gente mayor como lenta, difícil, poco comunicativa y demandante. Esto genera una menor paciencia y menor calidad de comunicación. Este artículo nos permite ver el edadismo en los profesionales sanitarios de manera directa.	Nos muestra cómo profesionales sanitarios, a través de prácticas cotidianas normalizadas, basadas en estereotipos, limitaciones estructurales y falta de formación, manifiestan el edadismo. Esto podría influir negativamente en la calidad asistencial con la identificación de donantes mayores, comunicación con las familias, y decisión de no considerar candidato a una persona mayor. También se reduce la autonomía del paciente mayor y genera desigualdades en la toma de decisiones clínicas.
Evaluación del grado de conocimiento sobre donación de órganos y tejidos en profesionales de urgencias y emergencias Mateos, et al. (2024)	Estudio descriptivo transversal	797 profesionales de urgencias hospitalarias (SUH), de entre ellos 514 son médicos y 283 enfermeras. Y 610 profesionales de emergencias extrahospitalarias (SEM), de entre ellos 231 médicos, 178 enfermeras y 201	El objetivo del estudio es evaluar el grado de conocimiento sobre la donación de órganos y tejidos de los profesionales de urgencias y emergencias, para poder llevar una eficaz detección de donantes en su servicio. El 56,9% no habían recibido alguna formación en los últimos 3 años sobre donación, y valoraron sus conocimientos en un 4.2 sobre 10. El 51% de los participantes se sentían	Relación indirecta: en urgencias y emergencias es una de las principales puertas de entrada donde puede haber posibles sesgos rápidos por la toma de decisiones rápidas, donde la edad puede influir en decisiones iniciales.	Conocimiento insuficiente en aspectos clave. Esto da lugar a la necesidad de formación continua. Se destaca como medida de solución una mayor coordinación con los coordinadores de trasplantes hospitalarios. Y una mayor sensibilización para la detección de donantes, como tener algún procedimiento de detección en su servicio.

		técnicos en emergencias sanitarias. Cuestionario sobre donación.	preparados para la detección de un donante. Las mayores barreras para la detección de donantes en urgencias fueron la información a la familia, la valoración de posible donante y la necesidad de prever el pronóstico del paciente.		
Swedish Intensive Care Nurses' Knowledge, Attitudes, and Views on Donation After Circulatory Death Before a National Implementation. Gripewall, E. et al. (2024)	Estudio transversal de métodos mixtos, integra enfoques cuantitativos y cualitativos.	51 enfermeras de UCI de tres unidades diferentes de Suecia. Se realizó un análisis descriptivo, correlacional e integración de resultados cualitativos y cuantitativos.	Determinar y describir los conocimientos, actitudes y percepciones de las enfermeras de UCI sobre la donación en asistolia controlada (DCD) antes de su implantación nacional en Suecia. 53% conocimiento limitado sobre la donación de órganos. Relación positiva entre formación y actitud. La formación previa sobre la donación se asoció con mayor nivel de conocimientos, mayor percepción y mayor nivel en consideración más profunda de los aspectos éticos.	Aquí se refleja el edadismo de manera indirecta con una ética clave en la donación que hace que incluya decisiones sobre mayores. Las decisiones sobre donación pueden verse condicionadas por la falta de formación y por la incertidumbre ética, factores que podrían favorecer sesgos implícitos en contextos clínicos complejos, incluidos los pacientes de edad avanzada.	La formación mejora actitudes y toma de decisiones. La educación específica, las guías claras y el debate ético continuado son elementos clave para mejorar la percepción profesional y la implementación de la donación en asistolia.
"With your age, what do you expect?": Ageism and healthcare of older adults in Spain. Martínez-Angulo, P., et al. (2023)	Cualitativo fenomenológico	14 mujeres mayores o iguales a 65 años con una media de 85 años. Todas vivían solas. Entrevistas	El objetivo es conocer la experiencia de los adultos mayores con los sistemas sanitarios y cómo perciben el edadismo. Se normaliza el edadismo y se ve una justificación de mala atención.	El impacto psicológico del edadismo en las personas mayores hace que estas tengan una autoimagen negativa, desmotivación y se aíslan. Implicaciones directas en la	El edadismo explícito en la práctica clínica, genera una relación desigual entre profesionales sanitarios y pacientes mayores. Caracterizada por la falta de escucha, la exclusión en la toma de decisiones y la normalización de

		semiestructuradas. Y análisis con NVivo.	Se excluye al paciente mayor, ya que no participa en decisiones ni se les respetan sus preferencias. Se muestra una falta de escucha clínica con consultas rápidas, eliminaciones inadecuadas y respuestas automáticas. Se muestra cómo están interiorizados los estereotipos.	donación de órganos: -Decisiones paternalistas -Menor consideración como donantes.	respuestas clínicas simplificadas. Estas dinámicas no solo afectan la calidad asistencial, sino que también influyen en la autoimagen del paciente y en el uso de los servicios sanitarios, perpetuando desigualdades estructurales.
Knowledge and Attitude of Health-Care Professionals toward Organ Donation in Bahrain. Shah, S. H. et al. (2023)	Estudio transversal	376 profesionales sanitarios del Reino de Bahrén, entre ellos 223 médicos, 101 enfermeros y otros profesionales. Cuestionario validado sobre conocimientos y actitudes hacia la donación y el trasplante.	Evaluar el grado de conocimiento, concienciación y actitud de los profesionales sanitarios hacia la donación de órganos y tejidos. 96.2% apoyaban la donación. 88.3% actitud positiva hacia la donación renal en vivo. 71% expresó acuerdo con donar órganos tras la muerte. 9.4% estaban registrados como donantes. El nivel de conocimiento fue insuficiente en aspectos normativos, bases teóricas y cuestiones financieras.	El artículo no aborda directamente el edadismo. Aun así, de manera indirecta, pone en manifiesto que factores culturales, religiosos y de conocimiento pueden influir en la percepción profesional sobre la donación. Las creencias religiosas influyen en la percepción de los mayores.	Existe una buena actitud general, pero persisten carencias de conocimiento relevantes. Los autores concluyen que se necesitan más estrategias de educación y concienciación en todas las áreas del proceso a los posibles donantes y sus familias sobre el trasplante de órganos desde una perspectiva religiosa y social.
A Cross-Sectional Study of Professional Nurses' Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding Organ Donation in Critical Care Units of Public and Private	Estudio cuantitativo descriptivo transversal.	108 enfermeras de UCI, en hospitales públicos y privados. Cuestionarios anónimos autoadministrados	Se encuentra un gap entre saber y actuar. Los resultados fueron: • 67% buen conocimiento • 53% actitud positiva • 50% poca preparación para	Este artículo nos muestra un edadismo indirecto donde la falta de práctica o conocimiento puede afectar a más pacientes mayores y dudas sobre la donación en ancianos.	Necesidad de formación continua en donación de órganos para evitar una mala práctica por desinformación. El problema no es solo la actitud, sino también la práctica clínica.

Hospitals in the Eastern Cape, South Africa. Green, B. et al. (2023)		validados. En estos cuestionarios se pregunta sobre conocimientos, actitudes y la práctica,	la donación de órganos		
Perceptions held by healthcare professionals concerning organ donation after circulatory death in an Australian intensive care unit without a local thoracic transplant service: A descriptive exploratory study. Milross, L. et al. (2022).	Estudio descriptivo exploratorio. Con enfoque de método mixto, tanto preguntas cuantitativas como cualitativas.	16 profesionales, de los cuales 8 son médicos de UCI, 4 coordinadores de enfermería especializados en donación y 4 enfermeros de planta. Entrevistas semiestructuradas y escala Likert	El objetivo fue evaluar y comprender las percepciones sobre la donación tras muerte circulatoria (DMC) en un hospital terciario australiano. El artículo nos muestra: -Barreras logísticas. -Dificultades emocionales. -Influencia familiar en decisiones.	No analiza el edadismo de forma directa, pero de forma indirecta, sus resultados pueden relacionarse con sesgos implícitos en la toma de decisiones.	Es necesaria una buena educación y recursos necesarios. Los factores organizativos influyen en decisiones clínicas, ya que al mejorar la formación formal y las conversaciones con las familias se pueden superar las percepciones negativas sobre la donación tras parada circulatoria (DCD) y así, aumentar las tasas de donación de órganos.
Attitudes towards multi-organ donation among intensive care unit nurses in transplant hospitals. Fernández-Alonso, V. et al. (2021).	Estudio descriptivo observacional	160 enfermeras de UCI de 6 hospitales terciarios públicos trasplantadores de Madrid. Cuestionario PCID-DTO del Proyecto Colaborativo Internacional Donante sobre donación y trasplante de órganos, de manera	85% de actitud favorable hacia la donación de órganos. La actitud es influenciada por opiniones y valores personales como variables de interacción social, no por creencias religiosas ni por la consideración del cuerpo. Aunque más de la mitad de las enfermeras habían recibido formación especializada, el estudio no determinó que tuvieran una buena percepción de su autoconocimiento. Los autores destacan la necesidad de formación	Se muestra el edadismo de manera indirecta. No obstante, confirma que la actitud profesional hacia la donación está condicionada por factores socioculturales y personales. Esto puede sugerir sesgos implícitos, incluidos los relacionados con la edad, que pueden influir indirectamente en la práctica clínica.	Las enfermeras de UCI de hospitales trasplantadores presentan una actitud mayoritariamente favorable, pero se recomienda reforzar la formación especializada y abordar los factores psicosociales que influyen en la donación, al igual que evaluar periódicamente la formación.

		anónima.	especializada y de evaluación periódica de la formación. También señalan que fomentar la discusión familiar entre el personal sanitario puede ayudar a mantener o mejorar la actitud favorable hacia la donación de órganos.		
Rutas emocionales en equipos de coordinación de trasplantes Danet, et al. (2020).	Diseño exploratorio, transversal, multicéntrico, con metodología cualitativa.	22 coordinadores de trasplantes. 14 profesionales de medicina y 8 profesionales de enfermería. Cuestionario con preguntas abiertas y entrevistas semiestructuradas.	Explorar vivencias emocionales y estrategias de afrontamiento en el proceso de donación con alto estrés emocional. Las entrevistas familiares son un momento crítico.	Se muestra el edadismo de manera indirecta. Relación con trato a pacientes mayores y toma de decisiones, donde las emociones influyen en las decisiones.	Se necesitan estrategias formativas, terapia grupal y apoyo institucional por la alta carga emocional. Necesidad de apoyo psicológico y formación emocional, para mejorar la salud y gestión emocional de los profesionales.
Conocimientos y actitudes ante la donación de órganos de los profesionales sanitarios de un hospital de tercer nivel. Montero-Salinas, A., et al. (2018)	Estudio descriptivo transversal	275 profesionales sanitarios (35 médicos, 167 enfermería y 71 auxiliares de enfermería) de un hospital terciario con programa de donación de órganos. Cuestionario ad hoc.	Evaluar conocimientos y actitudes hacia la donación. Solo 35.5% tiene un buen conocimiento sobre la donación. 71% dispuesto a donar	Se muestra el edadismo de manera indirecta. Las actitudes pueden incluir sesgos por edad no explícitos. Es posible que con un menor conocimiento haya más prejuicios hacia los mayores.	Actitud positiva general, pero conocimientos insuficientes. Necesidad de formación. Justifica la necesidad educativa en los profesionales.

Opini3n profesional de Arag3n acerca del papel de los servicios de urgencias hospitalarios en el proceso de donaci3n. Marco, J. P. et al. (2015)	Descriptivo transversal	149, entre ellos 71 personal m3dico y 78 personal de enfermer3a de 10 centros hospitalarios de Arag3n. Los participantes estaban en el primer curso sobre donaci3n de urgencias organizado por SEMES y coordinaci3n de Trasplante de Arag3n. Encuesta.	Evaluar percepci3n del papel de urgencias en dotaci3n. 39.6% dificultad en la comunicaci3n e informaci3n familiar. El mayor problema que se encuentra en enfermer3a es la comunicaci3n con la familia. En cambio, la mayor dificultad para los m3dicos reside en estimar el pron3stico del paciente. Y una necesidad de tener protocolos y formaci3n para implicarse de forma m3s intensa con el proceso de donaci3n en urgencias.	Se muestra el edadismo de manera indirecta. Una comunicaci3n dif3cil puede aumentar el rechazo en los mayores.	Urgencias es clave, pero est3 infrautilizada. Se requiere mejor integraci3n, coordinaci3n y la implicaci3n profesional es clave. Y desarrollo de protocolos y formaci3n en la donaci3n y trasplante.
---	-------------------------	--	---	--	---

Tabla 4. Resultados. Evidencia científica sobre la viabilidad del donante mayor

EVIDENCIA CIENTÍFICA SOBRE LA VIABILIDAD DEL DONANTE MAYOR				
Título, autor, publicación (país), duración, y año	Tipo de estudio	Muestra y Instrumento de valoración	Puntos clave (objetivo del estudio)	Conclusión (Resultados principales)
Navigating the risk of living donor liver transplantation from older donors: analysis of 4035 cases from a multicenter cohort. Min et al., (2026)	Estudio de cohorte retrospectivo multicéntrico	4035 trasplantes hepáticos de donante vivo. Variables clínicas (supervivencia, complicaciones y métodos estadísticos (propensity score matching, análisis multivariante, razón de riesgos)	Evaluar el impacto de la edad del donante en los resultados del trasplante hepático e identificar factores de riesgo asociados a la pérdida del injerto.	Los donantes ≥ 50 años presentan mayor riesgo de pérdida del injerto (HR1.56), pero siguen siendo viables si no se suman otros factores de riesgo. Los factores de riesgo más relevantes asociados a la pérdida del injerto fueron el tiempo de isquemia fría (≥ 150 min), puntuación MELD (≥ 20) o IMC del receptor ≥ 25 kg/m ² . La edad debe interpretarse dentro de un contexto y valoración integral.
Effect of Elderly Donors on Long-Term Outcomes of Liver Transplantation: A Retrospective Cohort Study. Xu Y., et al. (2025) China, 2015-2023	Estudio de cohorte retrospectivo	957 receptores adultos (183 con donantes ≥ 60 años y 774 < 60 años) Variables clínicas (supervivencia del paciente e injerto, mortalidad precoz) y métodos estadísticos (propensity score matching, análisis multivariante)	Analizar el impacto de la edad del donante (≥ 60 años) en los resultados a corto y largo plazo del trasplante hepático e identificar factores de riesgo asociados.	El uso de donantes ≥ 60 años es viable y efectivo, con supervivencia a largo plazo similar a donantes jóvenes. Existe mayor mortalidad precoz (3 meses: 17.5% vs 11.8%). La edad no debe ser criterio de exclusión aislado, sino valorarse junto a otros factores clínicos. El uso de órganos de donantes mayores es una estrategia válida para paliar la escasez de órganos

Elderly Ages in Liver Transplantation: Are Older Donors Really Higher Risk? Satish S., et al. (2025) Estados Unidos, periodo no especificado, 2025.	Estudio de cohorte retrospectivo basado en registro nacional (base de datos SRTR)	148.960 trasplantes hepáticos (5.414 con donantes ≥ 70 años). Bases de datos clínicas (SRTR), análisis de supervivencia, modelos estadísticos comparativos.	Evaluar si los donantes ≥ 70 años suponen realmente un mayor riesgo en el trasplante hepático y analizar la evolución de resultados en el tiempo.	Los donantes ≥ 70 años pueden utilizarse de forma segura, sobre todo en receptores de bajo riesgo. La supervivencia del injerto ha mejorado con el tiempo y las diferencias actuales son pequeñas ($<10\%$). Se evidencia que la edad por sí sola no justifica el rechazo de órganos.
Donor Characteristics Associated With Graft Loss and Delayed Graft Function in Very-Aged Kidney Donors: An Observational Multicentric Study. Maanaoui, M., et al. (2025) Francia, periodo no especificado, 2025.	Estudio observacional multicéntrico retrospectivo sobre cohorte prospectiva.	1036 receptores de riñón de donantes >70 años. Variables clínicas (pérdida del injerto, función retardada), métodos estadísticos (regresión, hazard ratio)	Identificar factores asociados a la pérdida del injerto y función retardada en donantes renales >70 años.	Los donantes >70 años son viables, aunque con mayor riesgo condicionado por factores como HTA del donante, tiempo de isquemia y función retardada del injerto. La edad no es el único determinante, por lo que se requiere una valoración integral.
Analysis of Unused Organ Donors in the Netherlands: Older Donor Age Associated With Higher Risk of Non-Utilization. Chotkan, K. A., et al. (2025) Países Bajos, periodo no especificado, 2025	Estudio observacional retrospectivo con análisis multivariante	2.235 donantes fallecidos referidos (1.618 utilizados vs 617 no utilizados). Base de datos nacional, variables clínicas y organizativas, análisis estadístico (Odds Ratio, regresión logística)	Analizar los factores asociados a la no utilización de donantes, concretamente el impacto de la edad en el descarte de órganos	Los donantes de mayor edad tienen mayor probabilidad de no ser utilizados (OR hasta 3.98), pero su aceptación podría aumentar el número total de trasplantes. La edad influye en las decisiones, pero no debería ser un criterio excluyente aislado.

Impact of Donor Age on Liver Transplant Outcomes in Patients with Acute-on-Chronic Liver Failure: A Cohort Study. Zhou, J., et al. (2025) Estados Unidos, periodo no especificado, 2025.	Estudio observacional retrospectivo con análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y regresión de Cox (ajuste IPTW)	13.857 receptores con ACLF trasplantados. Instrumentos: base de datos nacional (SRTR), variables clínicas (supervivencia, mortalidad, fallo del injerto), análisis estadístico (HR, Kaplan-Meier, IPTW)	Evaluar el impacto de la edad del donante en la supervivencia y resultados del trasplante hepático en pacientes con insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF).	La edad ≥ 60 años se asocia a mayor mortalidad (HR 1.412) y menor supervivencia a 5 años (71.4%), pero los resultados siguen siendo aceptables, especialmente en pacientes con menor gravedad (ACLF 0–2). La edad debe valorarse junto a otros factores clínicos.
The prognostic relationship between donor age and infectious risk in liver transplant patients with NASH Lee, D. U., et al. (2023) Estados Unidos, periodo no especificado, 2023.	Estudio observacional de cohorte retrospectivo con regresión de Cox	8.888 pacientes trasplantados hepáticos con NASH. Base de datos nacional (UNOS), variables clínicas (mortalidad, fallo del injerto, infecciones), análisis estadístico (HR, regresión de Cox)	Analizar cómo la edad del donante influye en la mortalidad, fallo del injerto y riesgo infeccioso tras trasplante hepático en pacientes con NASH (esteatohepatitis no alcohólica)	A mayor edad del donante, mayor riesgo de mortalidad y especialmente de infecciones/sepsis (HR hasta 3.6–3.7 en donantes ≥ 80 años). Aun así, la edad debe interpretarse junto a otros factores, no como único criterio de exclusión.
How Old Is Old? An Age-Stratified Analysis of Elderly Liver Donors above 65. Houben P., et al. (2022) Alemania, periodo no especificado, 2022.	Estudio de cohorte retrospectivo	92 receptores de trasplante hepático con donantes ≥ 65 años. Variables clínicas (supervivencia del paciente e injerto), análisis comparativo por grupos de edad	Analizar el impacto de la edad del donante ≥ 65 años, comparando subgrupos (65–69 vs ≥ 70) en resultados del trasplante hepático.	Los donantes ≥ 65 años (incluidos ≥ 70) ofrecen resultados clínicamente aceptables, sin diferencias significativas entre grupos de edad. Rechazar órganos por criterio exclusivo de edad puede perjudicar la supervivencia en lista de espera, por lo que es recomendable una valoración integral.

Safe use of livers from deceased donors older than 70 years in recipients with HCV cirrhosis treated with direct-acting antivirals. Retrospective cohort study. Jimenez-Romero C., et al. (2021) España, periodo no especificado, 2021.	Estudio de cohorte retrospectivo	93 pacientes con cirrosis por VHC trasplantados con hígados de donantes >70 años (62 sin DAA vs 31 con DAA). Variables clínicas (supervivencia, respuesta viral), análisis comparativo entre grupos	Evaluar la seguridad y eficacia del uso de hígados de donantes >70 años en receptores con VHC tratados con antivirales de acción directa (DAA)	El uso de donantes >70 años es seguro y efectivo en pacientes tratados con DAA, con clara mejora en supervivencia (88.4% vs 56.5% a 5 años). Apoya ampliar criterios de donación y evitar exclusión basada únicamente en edad.
Early outcomes and long-term survival after kidney transplantation in elderly versus younger recipients from the same donor in a matched-pairs analysis. Jankowska M., et al. (2021) Polonia, periodo no especificado, 2021.	Estudio observacional retrospectivo multicéntrico con diseño de pares emparejados	328 pacientes (164 pares: un receptor ≥60 años y otro <60 del mismo donante). Variables clínicas (supervivencia, función del injerto, complicaciones), análisis comparativo pares emparejado	Comparar los resultados del trasplante renal en pacientes mayores y en jóvenes recibiendo órganos del mismo donante, controlando la variable donante.	Los resultados iniciales (1 año) son similares entre mayores y jóvenes, lo que demuestra que el trasplante es una opción viable en pacientes mayores. A largo plazo, peor supervivencia en mayores debido a comorbilidad, no al injerto. Apoya el no excluir por edad.
Controlled donation after circulatory death up to 80 years for liver transplantation: Pushing the limit again. Cascales-Campos P.A., et al. (2020)	Estudio de cohorte prospectivo comparativo con subanálisis por edad	154 trasplantes hepáticos (77 DCD y 77 DBD); subgrupo: 32 donantes ≥70 años y 45 <70. Variables clínicas (supervivencia del paciente e injerto, complicaciones biliares), análisis comparativo entre grupos	Analizar si la edad avanzada del donante (≥70 hasta 80 años) influye en los resultados del trasplante hepático, especialmente en donación en asistolia (DCD)	La edad ≥70 años no empeora la supervivencia del paciente ni del injerto, incluso en DCD. Existe mayor riesgo de complicaciones biliares, pero los resultados globales son aceptables, apoyando ampliar criterios sin excluir por edad.

Extended Criteria Donors in Living Kidney Transplantation Including Donor Age, Smoking, Hypertension and BMI. Plag H., et al. (2020) Alemania, periodo no especificado, 2020.	Estudio de cohorte retrospectivo.	158 trasplantes renales de donante vivo. Variables clínicas (función y supervivencia del injerto), análisis de factores de riesgo (edad, HTA, IMC, tabaquismo)	Evaluar el impacto de factores de riesgo del donante, incluyendo la edad >60 años, en los resultados del trasplante renal.	Los donantes >60 años son viables, aunque con peor función inicial y mayor riesgo de disfunción del injerto. A largo plazo, los resultados globales son similares si se realiza una buena valoración integral del donante y el receptor. La edad no debe ser criterio único de exclusión.
--	-----------------------------------	---	--	---