56 CONGRESO de la SOCIEDAD ESPAÑOLA de NEFROLOGÍA
Murcia 5-7 noviembre 2026

REGISTROS

Registro Español de Diálisis y Trasplante (REDYT)
Año 2025

Dra. Almudena Escribá

Dra. Beatriz Mahillo

GOBIERNO DE ESPAÑA MINISTERIO DE SANIDAD

ONT ORGANIZACIÓN NACIONAL DE TRASPLANTES

redyt

5 de Noviembre de 2026

Declaración Conflicto de Interés

Ninguno

ASAMBLEA REDYT

Andalucía
Pablo Castro de la Nuez
Alberto Rodríguez Benot

Aragón
Federico E. Arribas Monzón

Asturias
Sara de la Rosa de Saá
Elvira Muslera Canclini
J. Emilio Sánchez Alvarez

Baleares
Gonzalo Gómez Marqués

Canarias
Santiago Asenjo González-Valerio
Sara Trujillo Alemán
César García Cantón
Domingo Marrero Miranda

Cantabria
Juan Carlos Ruiz San Millán
María O. Valentín Muñoz
Oscar García Ruiz

Cataluña
Jordi Comas i Farnés
Maribel Troya Saborido

Castilla la Mancha
Sagrario Mellado García
Carmen Vozmediano Poyatos

Castilla León
Héctor García López
Sara Hernández Ramírez
María Eugenia Perea Rodríguez
Mario Prieto

Extremadura
Santiago Vicente Iglesias
Jesús Gallo Elorza

Galicia
Encarnación Bouzas Caamaño
Teresa Garcia Falcón

Madrid
Natalia Polanco Fernández
Jose Luis Merino Rivas

Murcia
Mª Carmen Santiuste de Pablos
Inmaculada Marín Sánchez
Juan Cabezuelo Romero

Navarra
Joaquín Manrique Escola
Maria Fernanda Slon Roblero

La Rioja
Emma Huarte Loza
Marta Artamendi Larrañaga
Hermann Hernández Vargas

País Vasco
Ángela Magaz Lago
María Teresa Rodrigo de Tomás
Iñigo Moina Eguren
Esther Corral

Comunidad Valenciana
Aurora López Maside
Antonio Sarrión
Beatriz Díez Ojea

Ceuta y Melilla
Zakariae Koraichi Rabie Senhaji

S.E.N
SEN / Coord. Registros: J. Emilio Sánchez / Borja Quiroga
SENTRA: M. Auxiliadora Mazuecos Blanca

SET
Domingo Hernández Marrero

ONT
Beatriz Mahillo Durán
Almudena Escribá Bárcena

AGRADECIMIENTOS

Coordinaciones Autonómicas de Trasplante

Hospitales y Centros de diálisis

Sociedades Regionales de Nefrología

DDGG de Salud Pública de las CCAA



INDICE DE LA PRESENTACIÓN

1. Notificación y métodología estadística aplicada
2. Incidencia
3. Prevalencia
4. Trasplante
5. Mortalidad. Supervivencia en TRS
6. Conclusiones

1 NOTIFICACIÓN Y METODOLOGÍA ESTADÍSTICA APLICADA

Por qué no basta con sumar lo que notifican las CCAA

Análisis de calidad de los datos 2006-2025

Para cada comunidad y cada año comparamos el dato notificado con lo esperable según su propia tendencia, y medimos la distancia en desviaciones estándar.

Si solo actuara el azar, el 68% de los datos estaría a menos de 1 DE, el 27% entre 1 y 2, el 4% entre 2 y 3, y <0,3 más allá de 3DE.

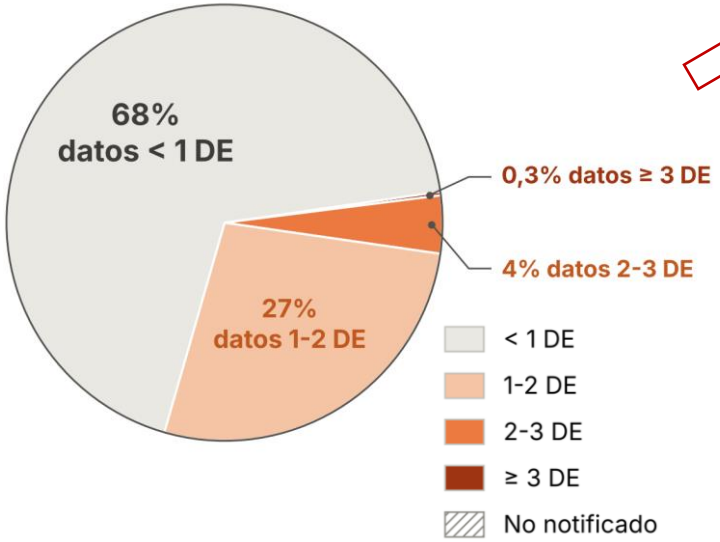
Análisis de los datos notificados de incidencia acumulados 2006-2025 (retirados los datos 2020/pandemia) total y por CCAA : si los datos se comportasen según el azar deberían presentar las mismas proporciones porcentuales de 1 DE, 1-2DE, 2-3DE
La salida de los datos de esos parámetros de azar refleja la existencia de un exceso de variabilidad o sobredispersión en probable relación con “ruido de notificación”

Resultados similares (algo menos extremos) se obtendrían en los datos notificados de prevalencia

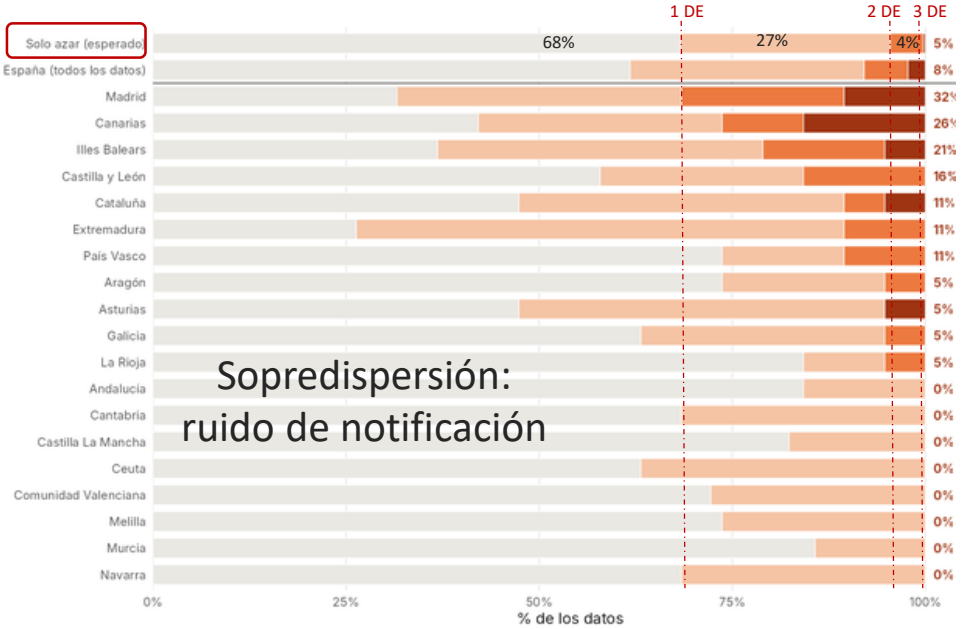
Análisis de calidad de los datos 2006-2025 ¿existe sobredispersión?

Distancia de los datos notificados respecto a los datos esperados en desviaciones estándar (DE)

Si solo actuase el azar



Datos de incidencia desde 2006 a 2025



Análisis de calidad de los datos 2006-2025

El ruido de notifcación aparece a lo largo de toda la serie pero parece que se ha ido agravando en los últimos años sobre todo en la notificación de datos muy atípicos.

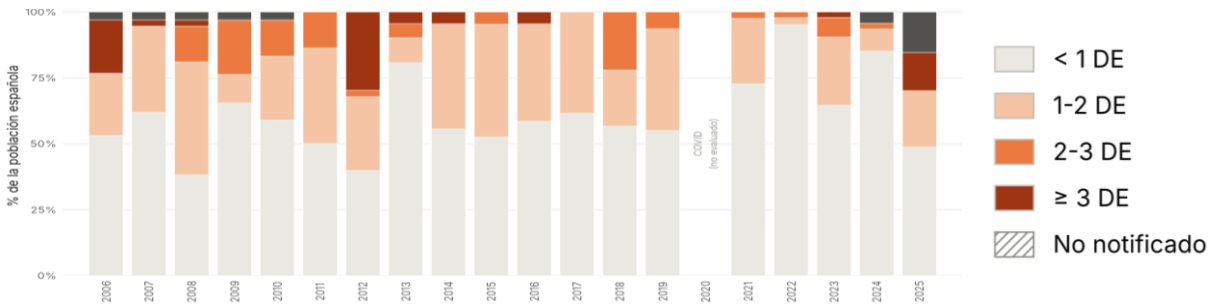
Además algún año hay una CA que no puede enviar sus datos: Baleares 2019-20, Asturias 2023, CLM2024 y 2025, Com.Valenciana 2025… En estos casos, en años previos, los resultados navionales se han comunicado reproduciendo los mismos datos del año anterior o bien retirando la población de la CA afectada de los cálculos de tasas.

En 2025, dos comunidades (Castilla La Mancha y C. Valenciana) no han podido notificar datos y una tercera (Madrid) ha dado datos extremadamente atípicos muy por debajo de sus valores habituales. Si prescindiésemos de dichos datos la incidencia global caería en 2025 de 151 pmp a 122 pmp; si retiramos la población de CLM y Com Valenciana de los cálculos caería a 143 pmp

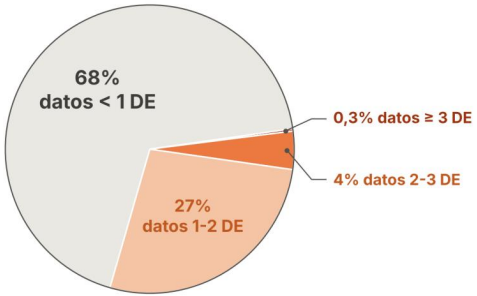
Análisis de calidad de los datos 2006-2025 ¿existe sobredispersión?

Distancia de los datos notificados respecto a los datos esperados en desviaciones estándar (DE)

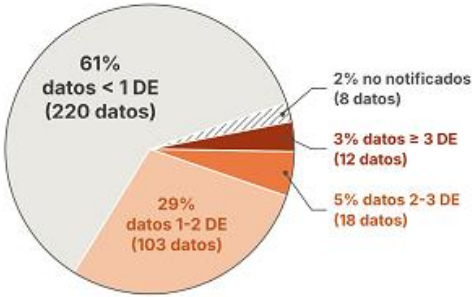
Evolución anual



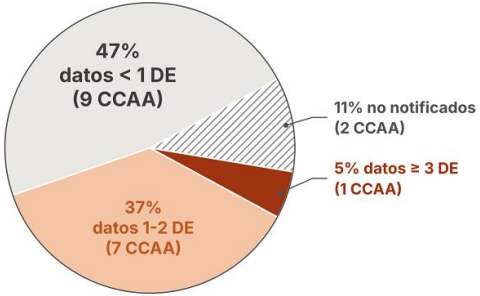
AZAR



2006-2025

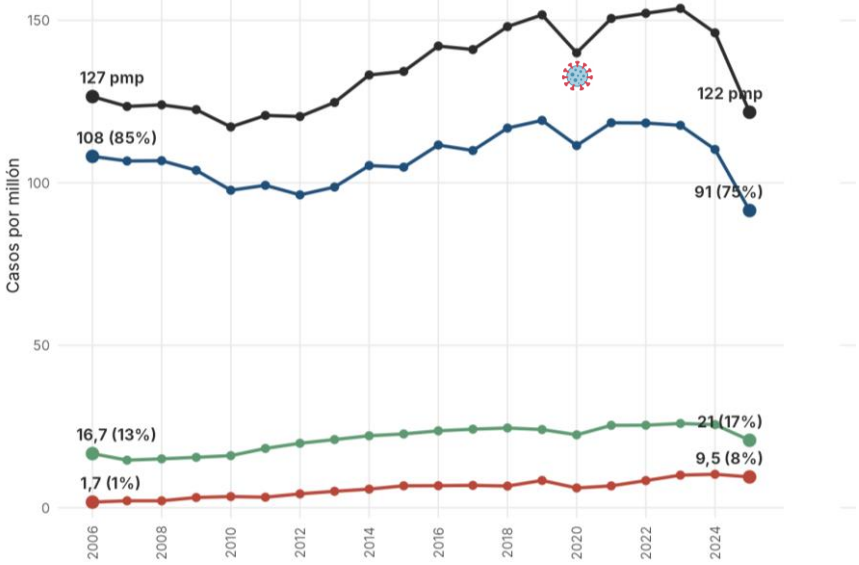


2025

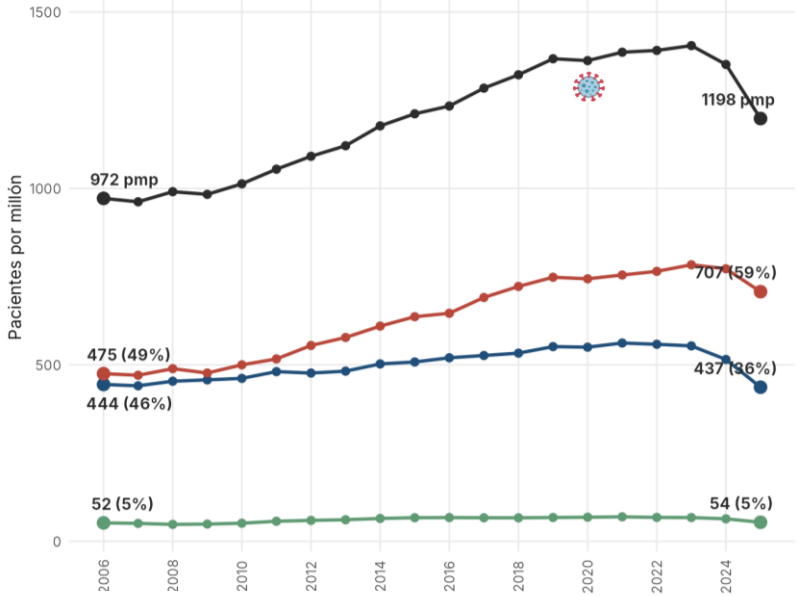


Datos notificados en el año 2025

Incidencia notificada en el año 2025



Prevalencia notificada en el año 2025



Total · Hemodiálisis · Diálisis peritoneal · Trasplante anticipado

Metodología estadística aplicada para el análisis de los datos notificados 2025 (datos provisionales notificados a fecha 31 Octubre 2026)

1. En lugar del análisis descriptivo convencional (suma simple de los datos notificados) se ha aplicado en cada CA un modelo de regresión generalizado binomial negativo para estimar las tasas pmp
 * “generalizado”: el modelo no asume que el comportamiento de la serie sigue una tendencia necesariamente lineal.
 * La distribución binomial negativa admite la existencia de sobredispersión (que no admite la distribució nde Poisson)

El modelo:

- Calcula la sobredispersión: detecta las oscilaciones interanulaes y estima las que superan lo esperable por azar (corresponde al análisis de calidad previamente presentado)
- Reconstruye la serie: imputa los casos faltantes y los atípicos extremos (>2DE) sustituyéndolos por los datos esperados
- Modela la forma de la tendencia subyacente a la serie reconstruida y genera la serie de tendencia suavizada con IC95%
- Nota: al modelo se le informa previamente que no maneje 2020/Covid como un dato atípico a corregir sino como un dato real

2. Como análisis complementario se aporta un modelo de series temporales con predicción de evolución de las series para 2026-20230. Se ha utilizado el modelo de Kalman y aplicado un análisis de sensibilidad con otros modelos.

Nota: los modelos de series temporales suelen tener un alto grado de incertidumbre a partir de cierto numero de predicciones (visible en el “embudo” de sus IC95% e IC80%) y para series cortas (nuestro caso 21 datos 2006-2025 para cada serie) probablemente serian fiables como máximo las dos primeras predicciones 2027 y 2028



GAM (modelo aditivo generalizado) binomial negativo:

- **Calcula la sobredispersión:** detecta la oscilación interanual y estima cuánta supera lo esperable por azar
- **Reconstruye la serie** de cada CCAA y nacional imputando casos faltantes y atípicos extremos
- **Modela la forma de la tendencia:**

$$\log(\text{casos esperados}) = \log(\text{población}) + \beta_0 + f(\text{año}) + \gamma \cdot \text{COVID}_{2020}$$

- **Describe la tendencia histórica suavizada**

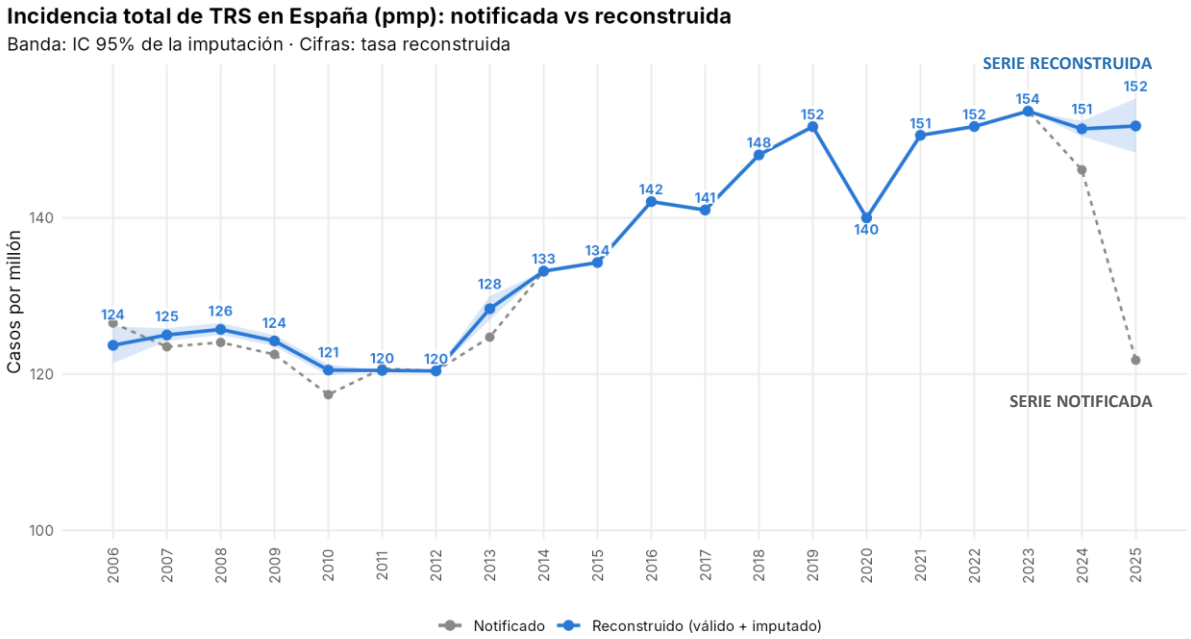
Modelo de series temporales:

Kalman + análisis de sensibilidad

2 INCIDENCIA

Pacientes que inician tratamiento renal sustitutivo cada año

Incidencia total de TRS en España. Evolución 2006-2025



Año 2025

122 pmp **notificados**:

5.983 casos (suma simple)

27% casos **imputados**

(por no notificados o atipicos extremos)

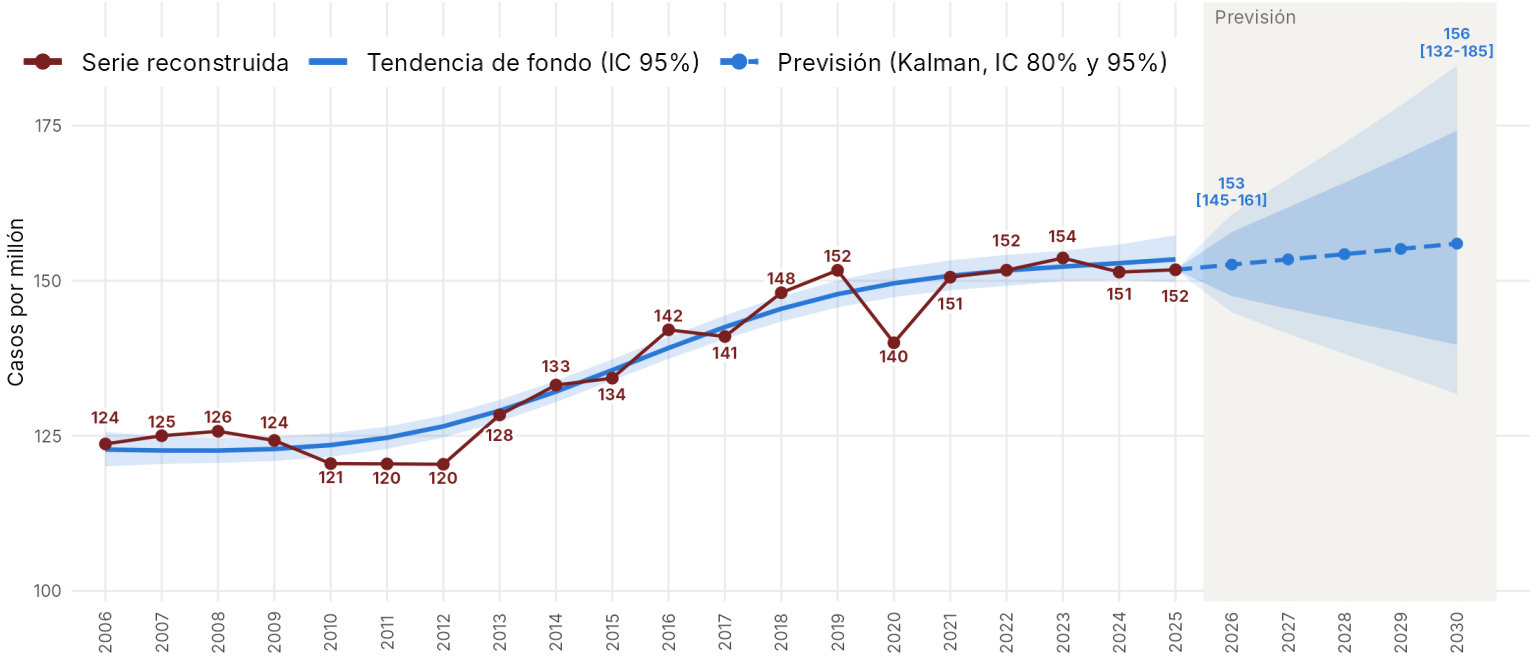
152 pmp estimados

IC 95% (148–155)

≈ **7.456** casos IC(7.289–7.628)95%

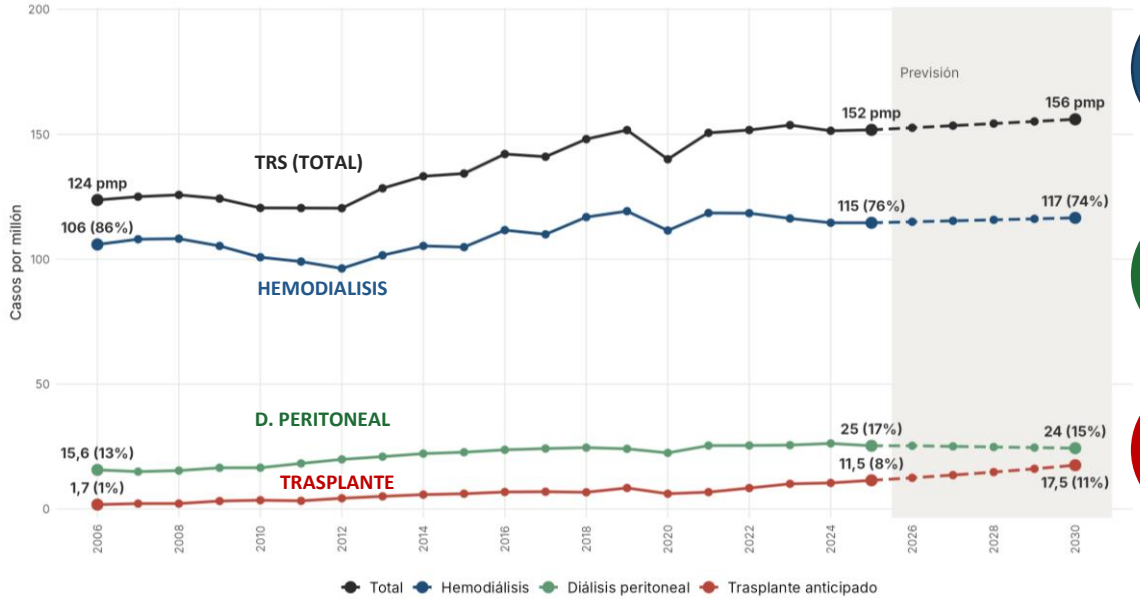
Incidencia total de TRS en España: serie reconstruida, tendencia de fondo y previsión 2026-2030

Cifras: tasa reconstruida · Previsión: valor central [IC 95%] · 2020 fuera de la tendencia (COVID)



Incidencia de TRS en España. Evolución 2006-2025 y previsiones. Distribución por modalidad.

Serie reconstruida.



Año 2025

76%

HD 115 [111,9–117,4] **pmp**
5.628 [5.497–5.767] pac

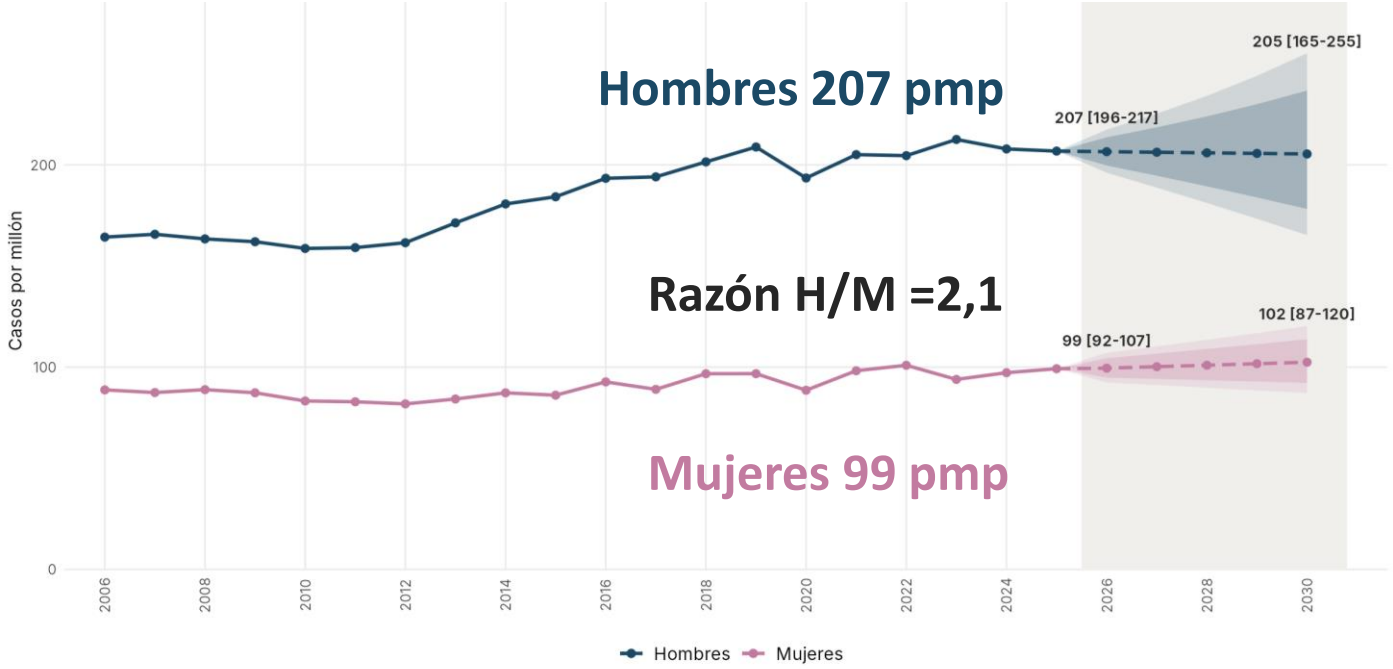
16%

DP 25 [24,2–26,6] **pmp**
1.242 [1.189–1.308]

8%

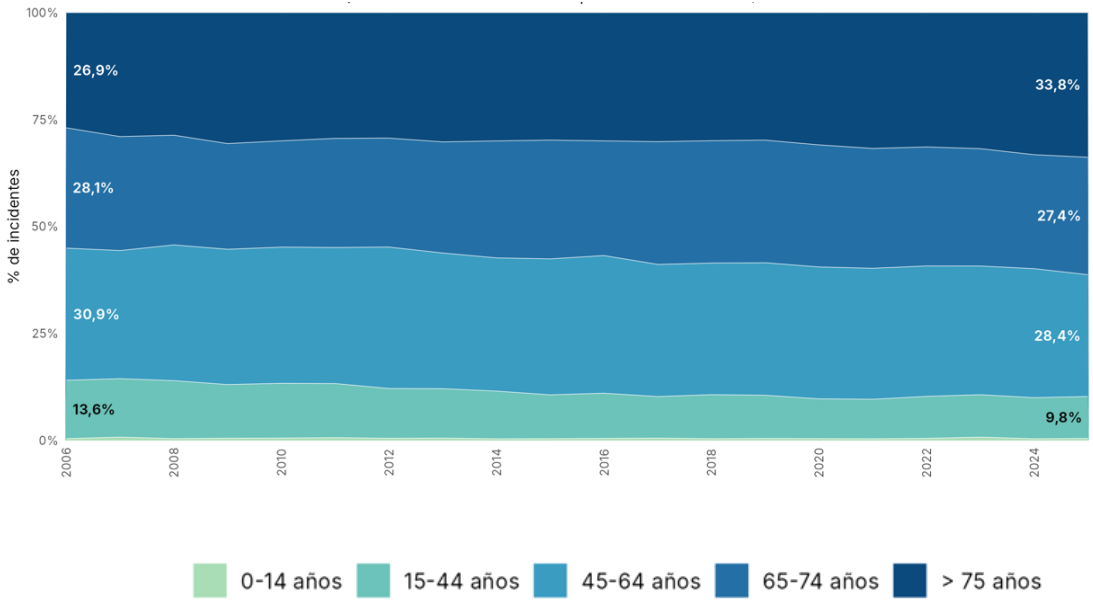
TR anticipado
11,5 [10,4–13,2] **pmp**
563 [509–649] pac

Incidencia de TRS en España. Evolución 2006-2025 y previsiones. Distribución por sexo.

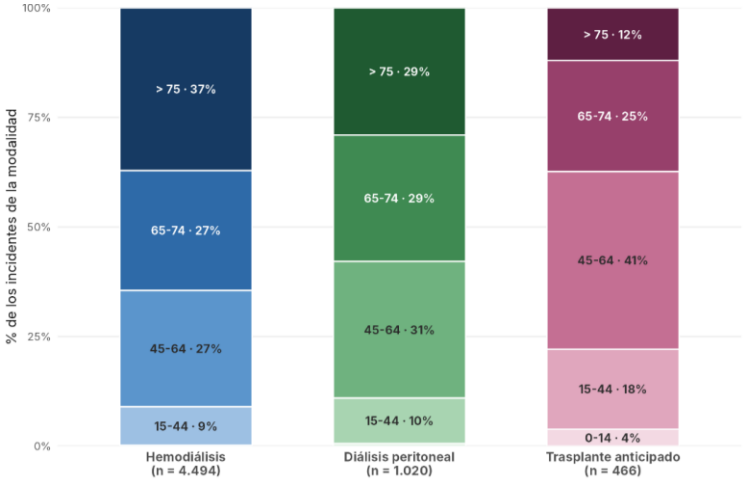


Incidencia de TRS en España. Distribución porcentual por grupos de edad.

Evolución 2006-2025



Año 2025. Distribución por tipo de TRS

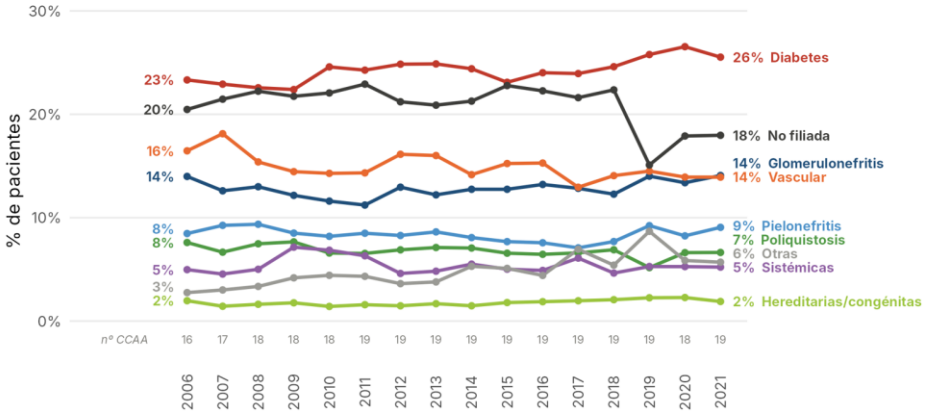


Incidencia de TRS en España. Distribución porcentual por etiología.

(cambio de clasificación a partir de 2022)

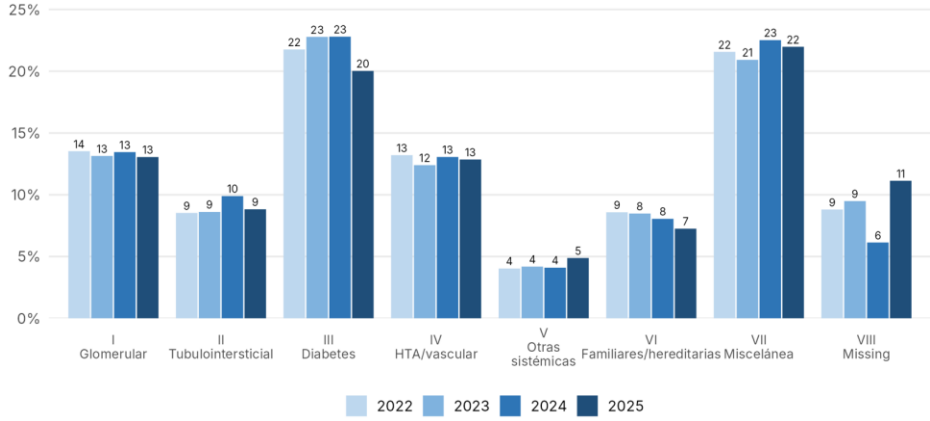
Etiología de los pacientes incidentes, 2006-2021 (%)

% sobre el total de incidentes con desglose de etiología, incluida la no filiada · Abajo: nº de CCAA

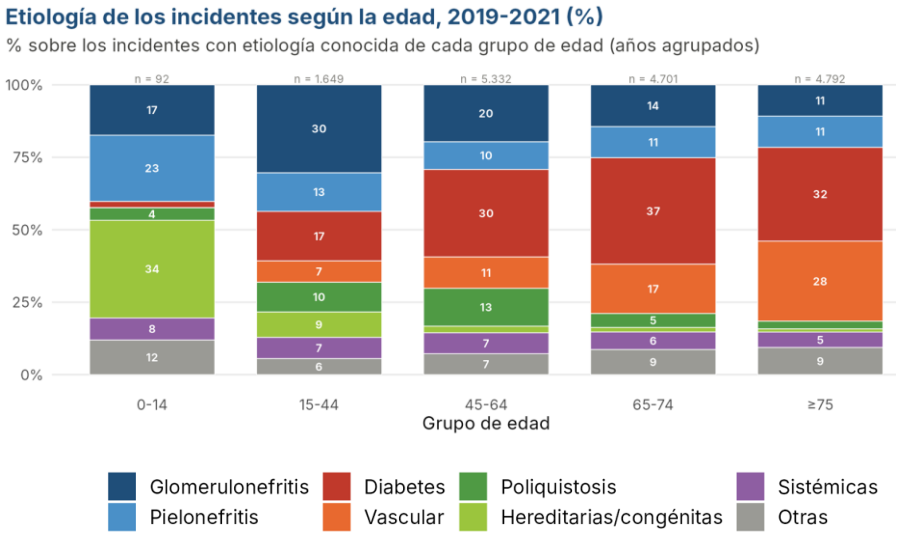


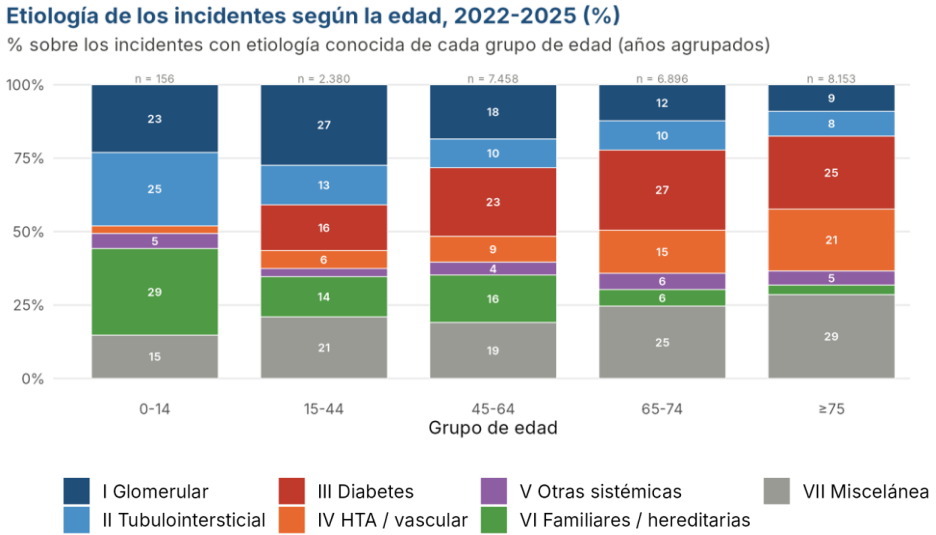
Etiología de los pacientes incidentes, 2022-2025 (%)

% sobre el total de incidentes con desglose de etiología, incluida VIII Missing



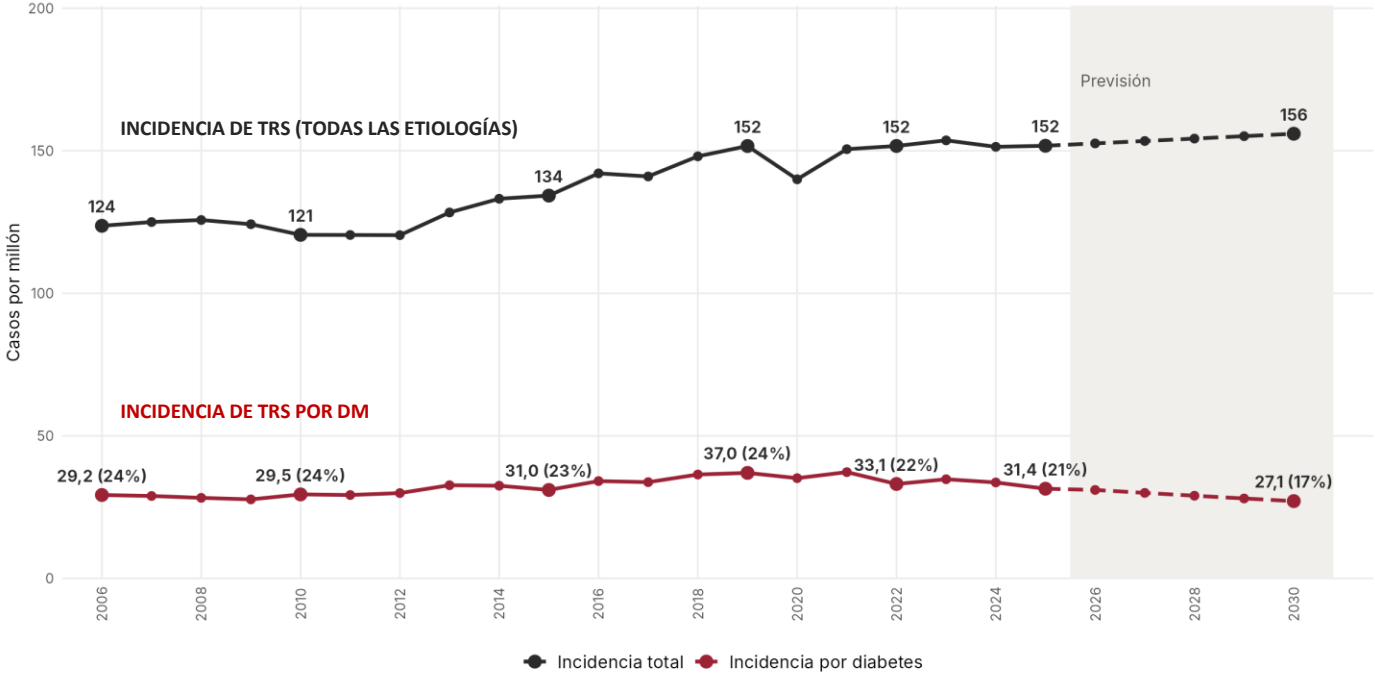
Incidencia de TRS en España. Distribución porcentual por etiología y grupos de edad.





Incidencia de TRS total y por diabetes en España

Casos por millón, series reconstruidas 2006-2025 y previsión central 2026-2030 · Etiquetas de diabetes: tasa (% de la incidencia total)



Año 2025

Diabetes mellitus

31 pmp

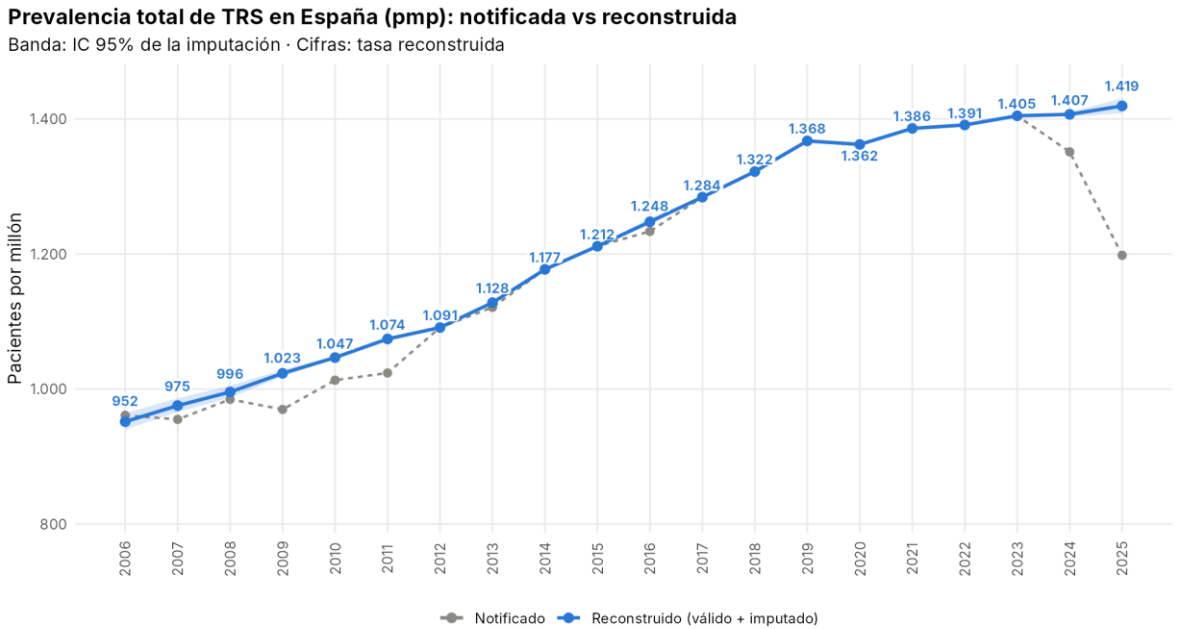
21% del total de incidentes

Tendencia ↓

3 PREVALENCIA

Pacientes en tratamiento renal sustitutivo a fecha de corte 31/12/año

Prevalencia de TRS nacional. Evolución 2006-2025



Año 2025

1.198 pmp **notificados**:

58.859 casos (suma simple)

18% casos **imputados**

(por no notificados o atipicos extremos)

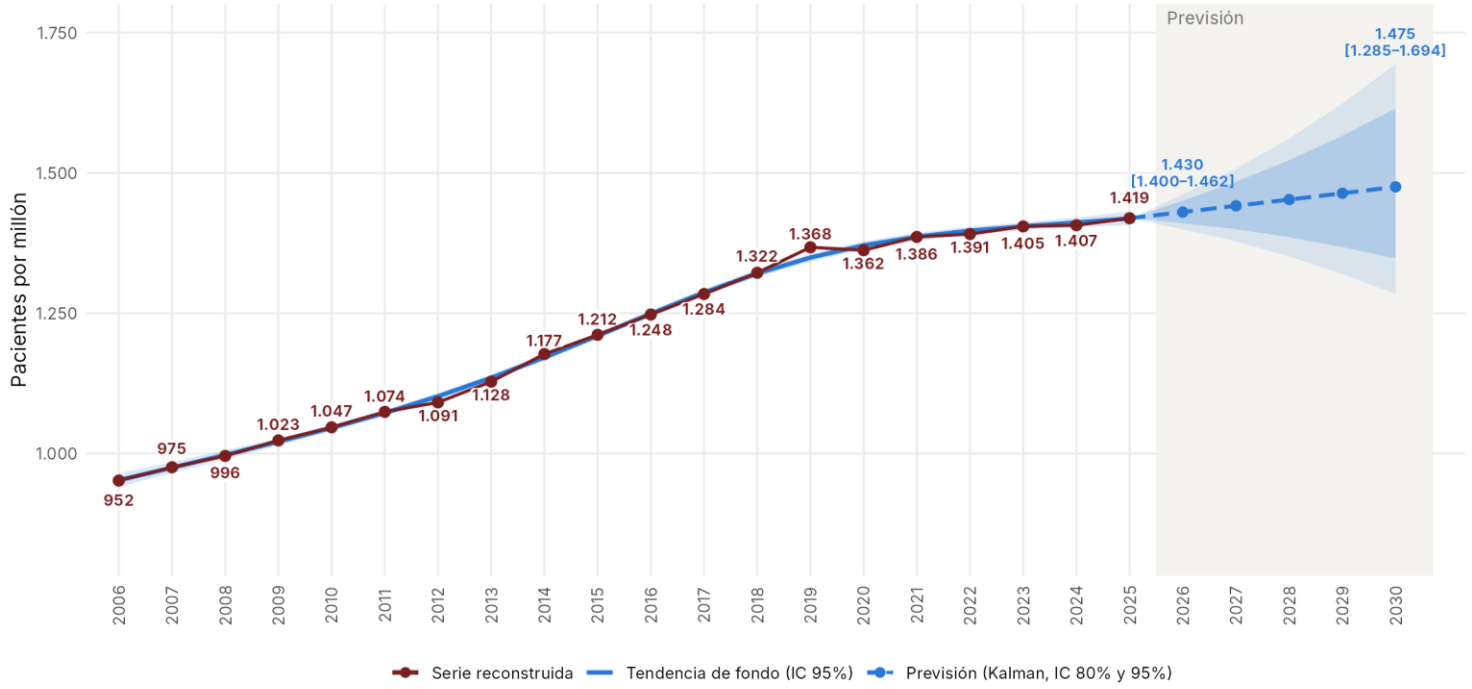
1.419 pmp estimados

(IC 95% 1.409–1.431)

* **69.730** casos IC(69.204 – 70.287)95%

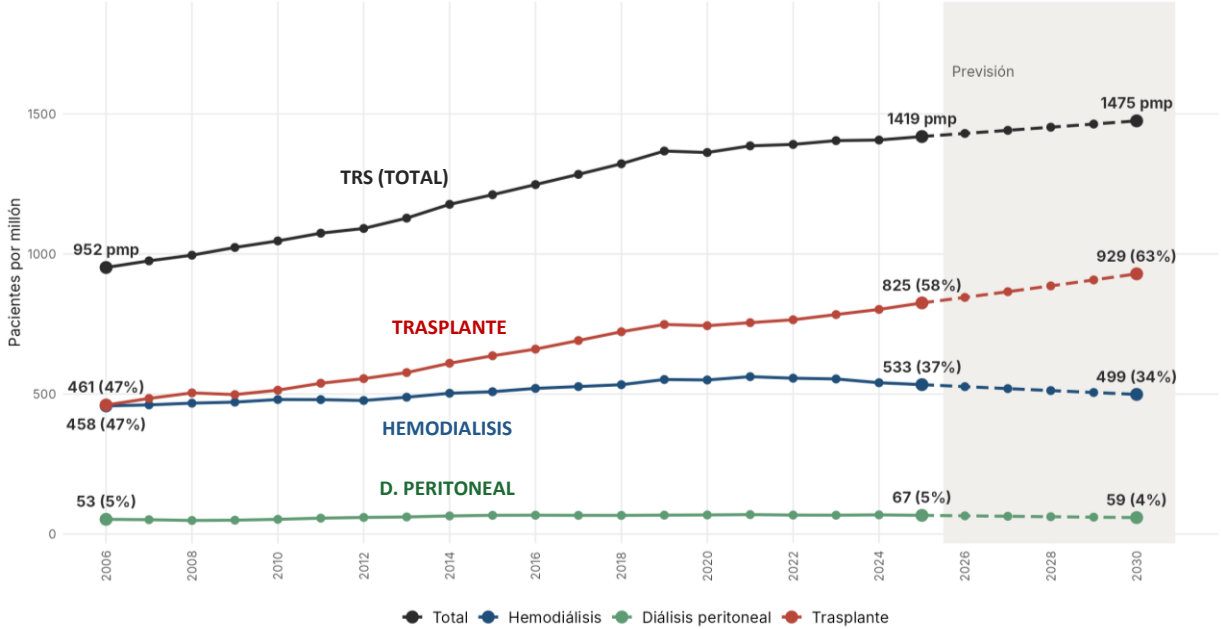
Prevalencia total de TRS en España: serie reconstruida, tendencia de fondo y previsión 2026-2030

Cifras: tasa reconstruida · Previsión: valor central [IC 95%] · 2020 fuera de la tendencia (COVID)



Prevalencia de TRS en España. Evolución 2006-2025 y previsiones. Distribución por modalidad.

Serie reconstruida.



Año 2025

1.419 pmp estimados

(IC 95% 1.409–1.431)

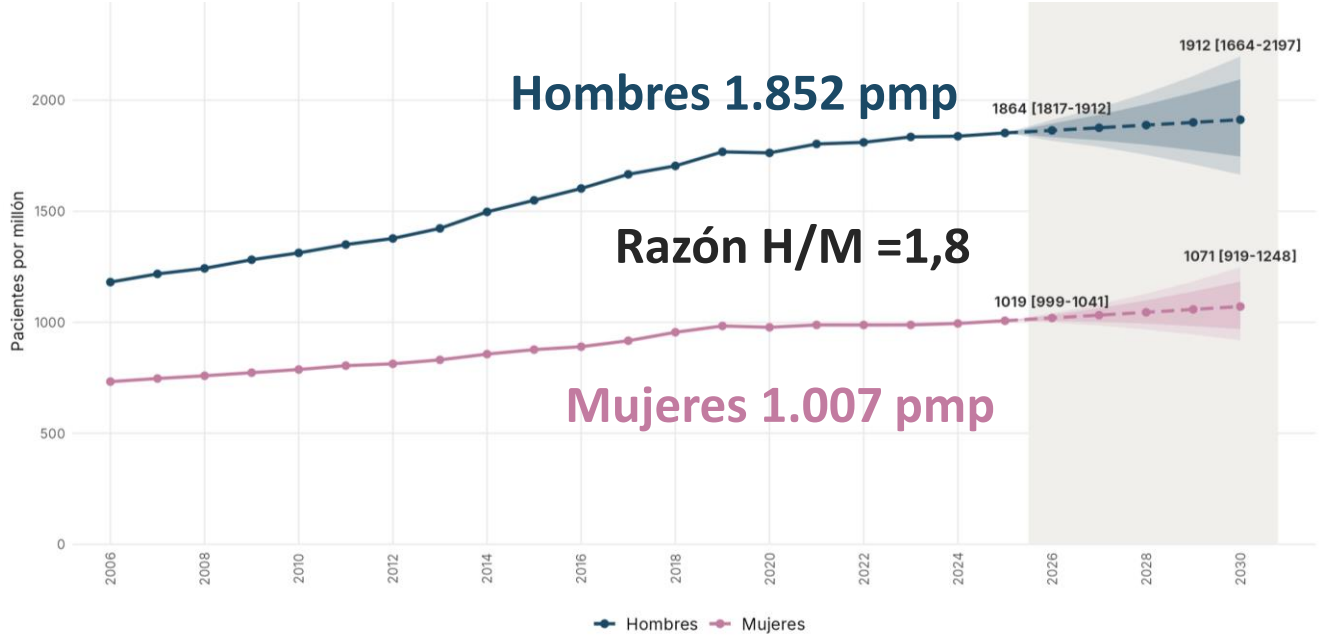
≈ **69.730** casos IC(69.204 – 70.287)95%

58% — **TR 825** [820–831] **pmp**
40.541 [40.294–40.809] pac

37% — **HD 527** [517–542] **pmp**
26.208 [25.870–26.602] pac

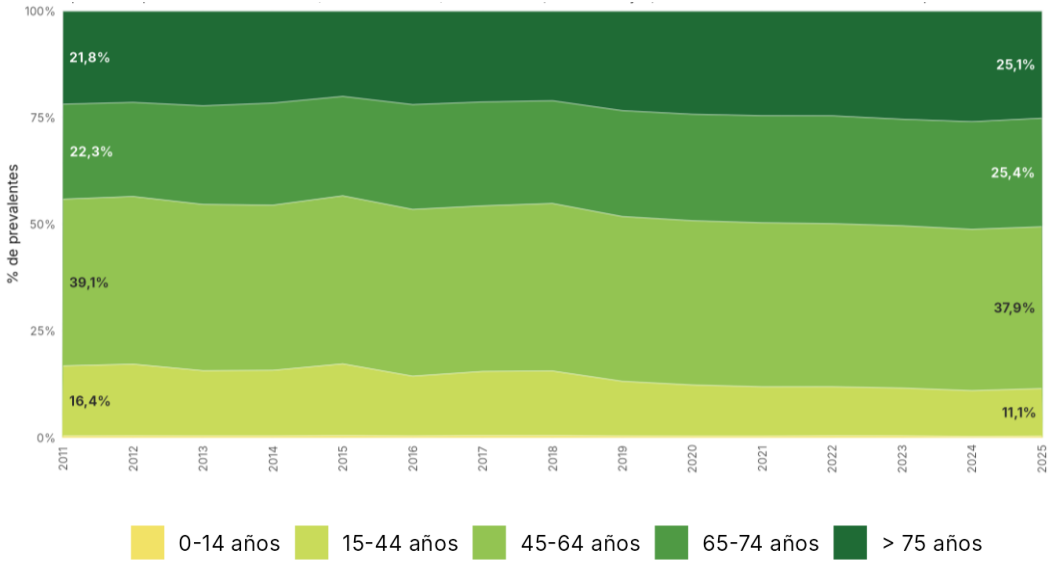
5% — **DP 67** [64–69] **pmp**
3.278 [3.162–3.405] pac

Prevalencia de TRS en España. Evolución 2006-2025 y previsiones. Distribución por sexo.

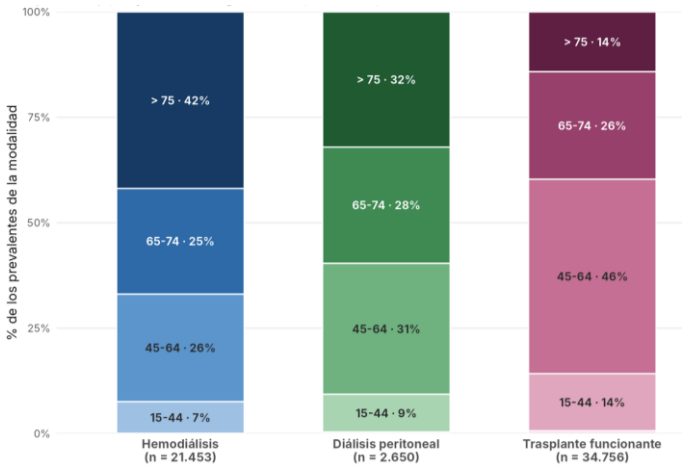


Prevalencia de TRS en España. Distribución porcentual por grupos de edad.

Evolución 2006-2025

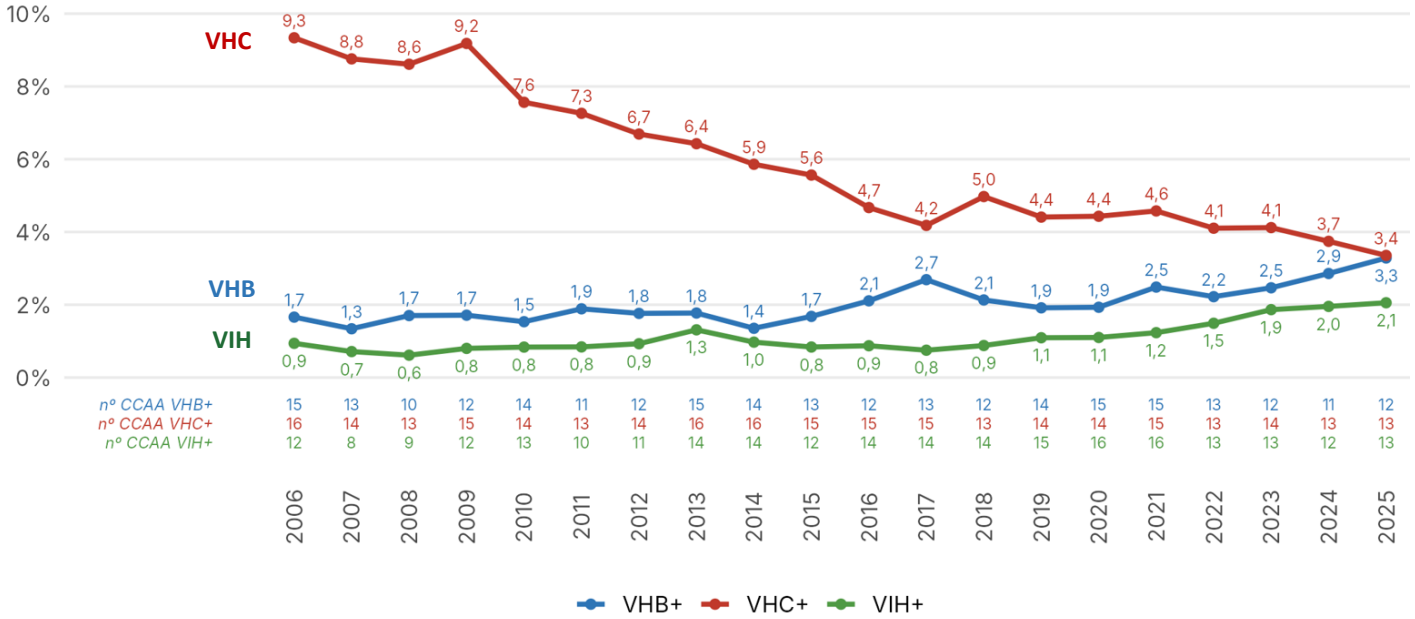


Año 2025. Distribución por tipo de TRS



Marcadores víricos positivos en pacientes en diálisis (%)

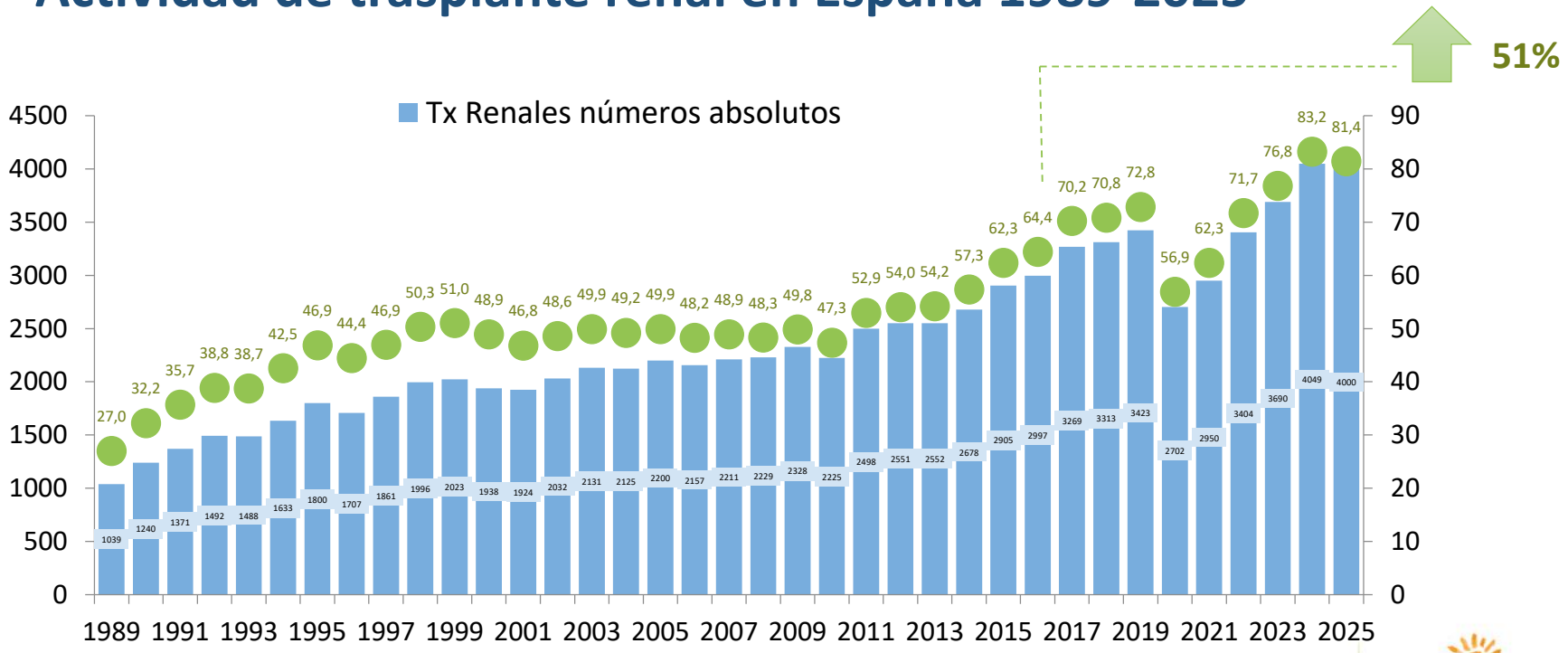
% sobre los pacientes en diálisis (HD + DP) de las CCAA que notifican cada marcador ese año



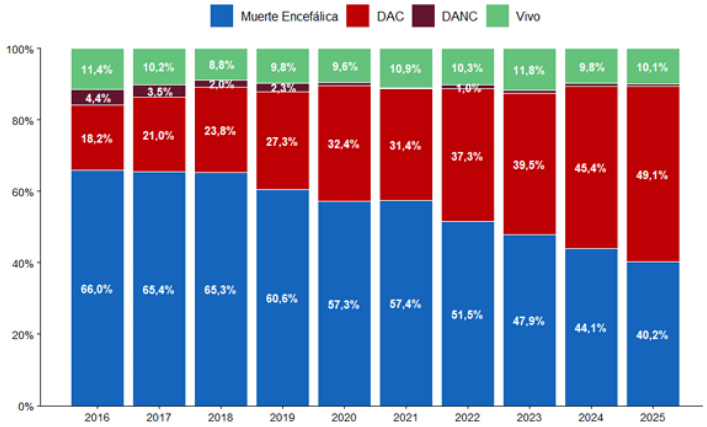
Abajo: nº de CCAA que notifican cada marcador (un 0 en un marcador se considera no notificado)

4 TRASPLANTE

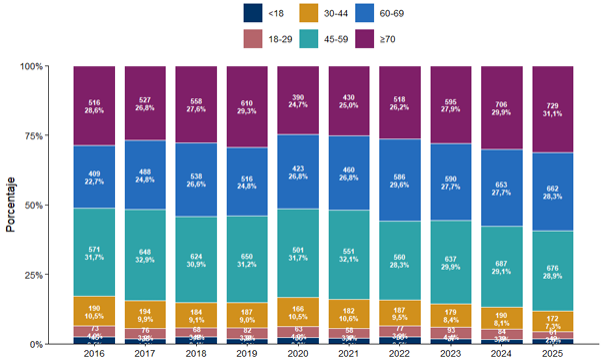
Actividad de trasplante renal en España 1989-2025



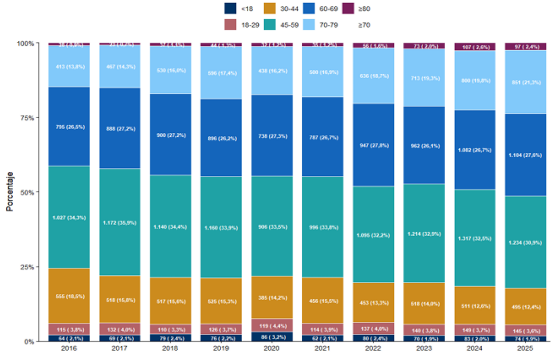
Tipo de donación



Edad de los donantes

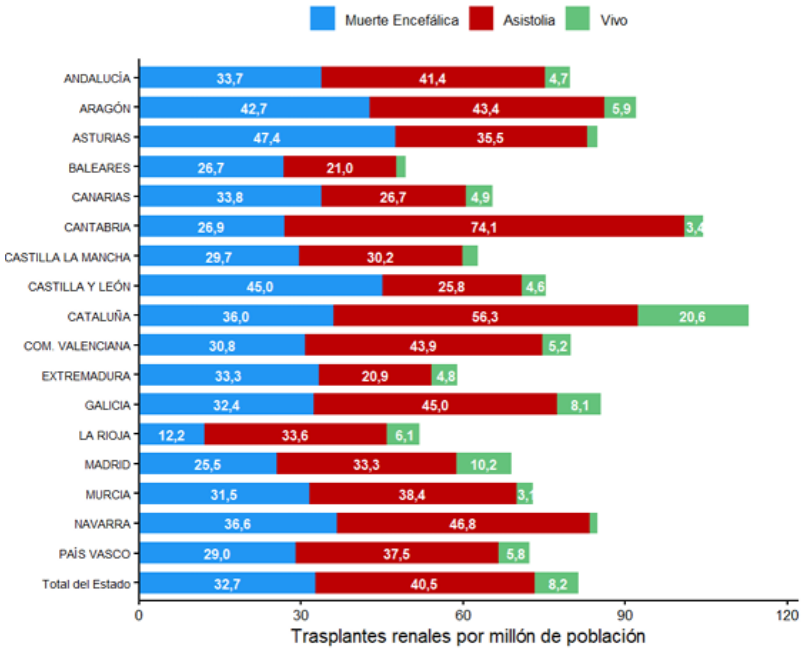


Edad de los receptores

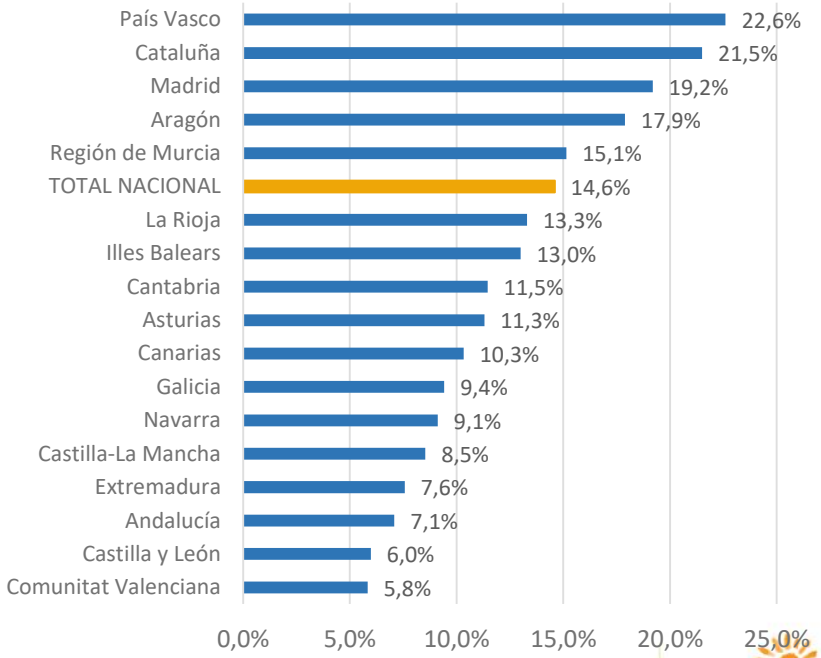


- **>50%** son **ASISTOLIAS**
- **>20%** son Donantes de Riesgo No Estandar **(DRNE)**
- **>50% donantes** son **>60 años** y **>25%** son **>70años**

Trasplantes renales por CCAA de residencia y tipo de donante. España 2025



Porcentaje de pacientes en diálisis en LE a fecha 31/12/2025

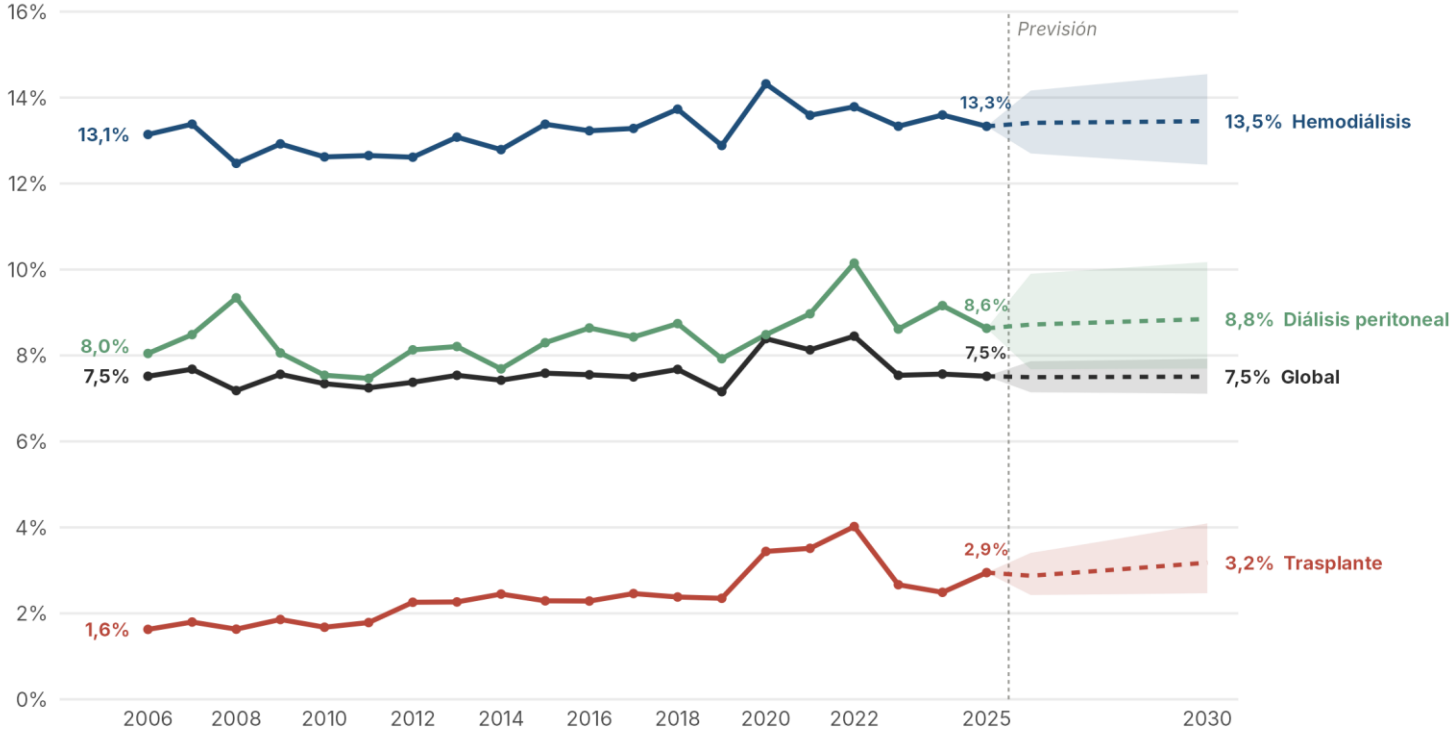


4

MORTALIDAD.
SUPERVIVENCIA EN TRATAMIENTO RENAL SUSTITUTIVO

Mortalidad en TRS en España por modalidad, 2006-2025 y previsión 2030

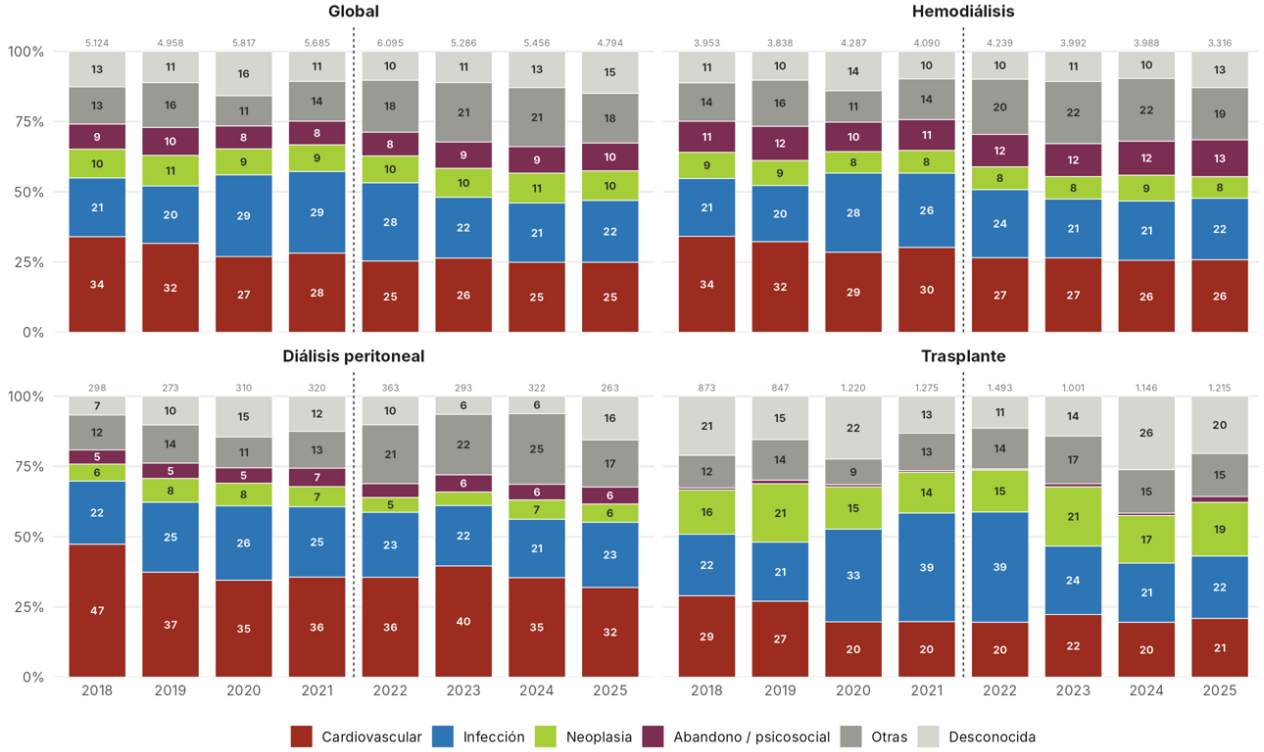
% de pacientes que fallecen en el año (fallecidos / prevalentes a 31-dic + fallecidos) · Serie reconstruida



Línea continua: serie reconstruida · Discontinua y banda: previsión (Kalman) con IC 95% · 2020-2022 no se usan en la previsión

Causas de fallecimiento en TRS, 2018-2025 (%), global y por modalidad

% de los fallecidos de cada año con causa notificada · Encima: nº de fallecidos · Línea discontinua: cambio de clasificación en 2022



Agrupación: Cardiovascular = cardíaca + vascular + muerte súbita (2018-21) / I-IV isquemia, fracaso cardíaco, parada, ACV (2022-25)
Abandono/psicosocial = psicológica/social / VI-VII suicidio, rechazo y abandono de tratamiento
Otras = hepática, gastrointestinal, accidente, otras / VIII caquexia y X miscelánea · Desconocida = no filiada / XI desconocida

Cohorte 2015-2019:
supervivencia ajustada a 5 años % (IC 95%)

Indicador	España	Europa	Diferencia %	p valor
Paciente en TRS	**60,8 (60,2–61,4)**	54,0 (53,8–54,3)	**+6,8 (+6,1 a +7,4)**	<0,001
Paciente en diálisis	**52,6 (51,8–53,3)**	46,9 (46,6–47,2)	**+5,7 (+4,9 a +6,5)**	<0,001
Paciente – 1.er TR don fallecido	**92,2 (91,6–92,7)**	91,5 (91,2–91,8)	**+0,7 (+0,1 a +1,3)**	<0,03
Injerto – 1.er TR don fallecido	**79,7 (78,8–80,5)**	80,5 (80,0–80,9)	−0,8 (−1,8 a +0,2)	0,103
Paciente – 1.er TR don vivo	**97,6 (96,8–98,4)**	95,0 (94,6–95,5)	**+2,6 (+1,7 a +3,5)**	<0,001
Injerto – 1.er TR don vivo	**89,2 (87,5–90,9)**	87,6 (86,9–88,2)	+1,6 (−0,2 a +3,4)	0,085

Cohorte 2018-2022:
supervivencia ajustada a 2 años % (IC 95%)

Indicador	España	Europa	Diferencia %	p valor
Paciente en TRS	83,9 (83,5–84,3)	79,4 (79,2–79,6)	**+4,5 (+4,1 a +4,9)**	<0,001
Paciente en diálisis	82,0 (81,5–82,4)	77,3 (77,0–77,5)	**+4,7 (+4,2 a +5,2)**	<0,001
Paciente – 1.er TR don fallecido	97,0 (96,7–97,4)	96,7 (96,5–96,9)	+0,3 (−0,1 a +0,7)	0,145
Injerto – 1.er TR don fallecido	89,7 (89,1–90,4)	90,6 (90,3–90,9)	**−0,9 (−1,6 a −0,2)**	<0,02
Paciente – 1.er TR don vivo	99,2 (98,8–99,7)	98,2 (97,9–98,5)	**+1,0 (+0,5 a +1,5)**	<0,001
Injerto – 1.er TR don vivo	94,4 (93,1–95,7)	95,0 (94,5–95,4)	−0,6 (−2,0 a +0,8)	0,393

Conclusiones

- Incidencia: se estima un mínimo aumento en el último año. Tendencia creciente en la predicciones a corto plazo con aumento de HD y TR anticipado y descenso de DP. Diabetes en descenso.
- Prevalencia en leve ascenso en último año y en las predicciones: por la modalidad de TR (58% de los prevalentes). Supervivencia en TRS significativamente mejor que la cohorte europea.
- Trasplante renal: complejidad en aumento (asistolia, edad de donantes y receptores, DRNE) con supervivencia de paciente e injerto similar a la cohorte europea.
- Objetivo estrategia ONT 2026-2030: disminuir las diferencias en el acceso al trasplante entre CA
- Un registro es tan bueno como los datos que lo alimentan. Los modelos estadísticos ayudan a reconstruir, inferir y predecir pero no sustituyen la calidad de los datos.
- Lo que no se contabiliza no existe; lo que no existe no necesita gestionarse.

Gracias

amescriba@sanidad.gob.es
bmahillo@sanidad.gob.es