



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 29(1):70-79, enero - abril 2026
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Artículo original

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante renal mayor a un año en el Hospital Universitario San Ignacio

Health-related quality of life in kidney transplant recipients at least one year post-transplant at San Ignacio University Hospital

Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com transplante renal há mais de um ano no Hospital Universitário San Ignacio

Martha Patricia Rodríguez-Sánchez   

mprodriguez@husi.org.co m-rodriguez@javeriana.edu.co 

Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Irma Constanza Palacios-Chavarria  

iconstanza-palacios@javeriana.edu.co

Facultad de Enfermería. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

Adriana Rocío Pedraza-Hernández  

adrisph@gmail.com

Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

Claudia Marcela Vargas-Soler  

cmvargas@husi.org.co

Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

Eliana Yineth Rodríguez-Londoño  

eyrodriguez@javeriana.edu.co

Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

Paola Karina García-Padilla   

pkgarcia@husi.org.co paola.garcia@javeriana.edu.co

Hospital Universitario San Ignacio. Bogotá, Colombia.

Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 13 de diciembre de 2023

Artículo aceptado: 05 de febrero de 2026

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.4855>

Cómo citar. Rodríguez-Sánchez MP, Palacios-Chavarria IC, Pedraza-Hernández AR, Vargas-Soler CM, Rodríguez-Londoño EY, García-Padilla PK. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con trasplante renal mayor a un año en el Hospital Universitario San Ignacio. MedUNAB [Internet]. 2026;29(1):70-79. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.4855>



RESUMEN

Introducción. La adaptación posterior al trasplante renal difiere notablemente de la experimentada durante la terapia de diálisis. La edad, el tipo de enfermedad, el tiempo de tratamiento, la condición socioeconómica, el nivel cultural y la dependencia del cuidador, influyen de manera significativa en la percepción de calidad de vida. El objetivo fue evaluar la calidad de vida en pacientes de un programa de trasplante renal en Colombia un año después

Contribución de los autores

MPRS.

Conceptualización, metodología, análisis formal, escritura del documento, redacción-revisión y edición, visualización, administración del proyecto. **ICPC.**

Conceptualización, metodología, análisis formal, escritura del documento, redacción-revisión y edición, visualización, administración del proyecto. **ARPH.**

Conceptualización, investigación.

CMVS.

Conceptualización, investigación.

EYRL.

Investigación,

recursos. **PKGP.**

Conceptualización, investigación.

de su intervención. **Metodología.** Estudio cuantitativo descriptivo en 158 pacientes. La calidad de vida se midió mediante el cuestionario EUROQOL-5D-3L y la escala visual análoga del estado de salud percibido. **Resultados.** El 89% de los participantes presentó un adecuado estado de salud en las dimensiones de movilidad, cuidado personal y actividades diarias. En contraste, el 25.3% reportó dolor o malestar moderado y el 24.6% manifestó ansiedad o depresión moderadas. No se encontraron diferencias significativas en la calidad de vida ni en el estado de salud según género, culto, nivel educativo o estrato socioeconómico. Se observó ausencia de dolor en el 72.78%, ausencia de limitaciones en actividades diarias en el 91.13% y ausencia de problemas de movilidad en el 89.87%. La puntuación promedio en la escala visual análoga fue de 95.70, lo que indica una percepción positiva del estado de salud. **Discusión.** La calidad de vida de los pacientes se afectó en dolor/malestar y ansiedad/depresión, en coincidencia con hallazgos reportados en estudios previos. **Conclusiones.** La calidad de vida después de un año del trasplante renal es satisfactoria, con lo cual se confirma el valor del trasplante como opción terapéutica

Palabras clave:

Calidad de vida; Riñón, insuficiencia renal crónica; Trasplante; Trasplante de riñón; Estado de salud; Encuestas y cuestionarios, hospitales.

ABSTRACT

Introduction. Post-kidney transplantation adaptation differs markedly from that experienced during dialysis therapy. Age, type of disease, duration of treatment, socioeconomic status, cultural level, and caregiver dependence significantly influence the perception of quality of life. The objective was to evaluate health-related quality of life in patients enrolled in a renal transplant program in Colombia one year after transplantation. **Methodology.** A descriptive quantitative study was conducted among 158 patients. Quality of life was measured using the EuroQol-5D-3L questionnaire and the visual analogue scale (VAS) for self-rated health. **Results.** Eighty-nine percent of participants reported no problems in the dimensions of mobility, self-care, and usual activities. In contrast, 25.3% reported moderate pain or discomfort, and 24.6% reported moderate anxiety or depression. No significant differences were found in quality of life or health status according to gender, religion, educational level, or socioeconomic stratum. Absence of pain was observed in 72.78%, absence of limitations in usual activities in 91.13%, and absence of mobility problems in 89.87%. The average score on the VAS was 95.70, indicating a positive perception of health status. **Discussion.** Quality of life was most affected by pain/discomfort and anxiety/depression, consistent with findings reported in previous studies. **Conclusions.** Quality of life one year after renal transplantation is satisfactory, confirming the value of transplantation as a therapeutic option.

Keywords:

Quality of Life; Kidney; Renal Insufficiency, Chronic; Transplantation; Kidney Transplantation; Health Status; Surveys and Questionnaires; Hospitals.

RESUMO

Introdução. A adaptação após o transplante renal difere significativamente daquela experimentada durante a terapia de diálise. Fatores como a idade, tipo de doença, tempo de tratamento, condição socioeconômica, nível cultural e dependência do cuidador influenciam de maneira relevante na percepção da qualidade de vida. O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade de vida em pacientes de um programa de transplante renal na Colômbia um ano após a intervenção. **Metodologia.** Estudo quantitativo descriptivo em 158 pacientes. A qualidade de vida foi medida através do questionário EUROQOL-5D-3L e da escala visual analógica do estado de saúde percebido. **Resultados.** 89% dos participantes apresentaram um estado de saúde adequado nas dimensões de mobilidade, autocuidado e atividades diárias. Em contrapartida, 25.3% relataram dor ou desconforto moderado e 24.6% manifestaram ansiedade ou depressão moderadas. Não foram encontradas diferenças significativas na qualidade de vida nem no estado de saúde segundo gênero, religião, nível de escolaridade ou estrato socioeconômico. Observou-se ausência de dor em 72.78% dos participantes, ausência de limitações nas atividades diárias em 91.13% e ausência de problemas de mobilidade em 89.87%. A pontuação média na escala visual analógica foi de 95.70, indicando uma percepção positiva do estado de saúde. **Discussão.** A qualidade de vida dos pacientes foi afetada em termos de dor/desconforto e ansiedade/depressão, em consonância com os resultados relatados em estudos anteriores. **Conclusões.** A qualidade de vida após um ano do transplante renal mostrou-se satisfatória, confirmando o valor do transplante como opção terapêutica.

Palavras-chave:

Qualidade de Vida; Rim; Insuficiência Renal Crônica; Transplante; Transplante de Rim; Nível de Saúde; Inquéritos e Questionários; Hospitais.

Introducción

La enfermedad renal crónica (ERC) se define como la alteración estructural o funcional del riñón durante un periodo igual o superior a tres meses (1) y se reconoce como una de las enfermedades silenciosas más desatendidas a nivel global (2). Su prevalencia e incidencia continúan en ascenso (2). En España, el estudio EPIRCE reportó una prevalencia del 10% en adultos mayores de 60 años (3). En Colombia, la Cuenta de Alto Costo (CAC) informó para 2024 un total de 281,715 nuevos casos de ERC, de los cuales el 59.26% correspondió a mujeres, con una incidencia de 5.37 casos por cada 1,000 habitantes (4). Entre estos, 6,441 casos se encontraban en estadio 5, equivalentes al 27.96%. La prevalencia fue de 2.39 casos por cada 100 habitantes, con predominio femenino (58.79%) y una edad promedio de 68.84 años. Las enfermedades precursoras más frecuentes fueron la enfermedad vascular renal (16.99%) y la diabetes mellitus (45.6%).

En cuanto a las terapias de reemplazo renal (TRR), la prevalencia fue de 93.49 casos por cada 100,000 habitantes, con un 57.92% de pacientes en hemodiálisis. Por su parte, la incidencia de trasplante renal (TR) se ubicó en 15.86 por millón de habitantes, con una edad promedio de 44.82 años; el 52.97% correspondió a hombres. La mortalidad asociada fue de 3.83 por millón de habitantes.

La ERC está influenciada por factores como etnia, género, ubicación geográfica, estilo de vida y condiciones sociales (2). Sus causas, consecuencias y costos generan un impacto significativo en las políticas globales de salud pública (2). Además, la alta carga de enfermedad genera repercusiones sociales, laborales y emocionales que deterioran la calidad de vida (CV) del paciente renal (2,5,6). La ERC afecta dimensiones psicológicas, emocionales, físicas y sociales, modificando la percepción de bienestar y el desarrollo psicosocial del individuo (7). El requerimiento de TRR limita el proyecto de vida, produce minusvalía y favorece pensamientos negativos (6,8), lo que se asocia con desmotivación, baja autoestima, depresión, ansiedad y angustia, afectando la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (7,9).

El TR es el tratamiento que ofrece mejores resultados clínicos y de CV para pacientes con ERC (10). Sin embargo, complicaciones como deterioro progresivo de la función renal, rechazo del injerto, infecciones, hospitalizaciones, efectos de la inmunosupresión, dificultades laborales o estrés psicológico pueden influir en la CVRS posterior al TR (11,12). Aun así, el TR sigue siendo la alternativa más favorable para los pacientes y para los sistemas de salud después del primer año, comparado con la TRR (13). Volver a TRR incrementa el riesgo de complicaciones

y deterioro de la CV. Por ello, se recomienda promover intervenciones multidisciplinarias (2,14) y abordar las alteraciones psicológicas relacionadas con imagen corporal, sexualidad, independencia, ansiedad, estrés y sentimientos de culpa que impactan en la CV de esta población (10).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (15) definió en 1996 la CV como “la percepción que un individuo tiene de su posición en la vida en relación con su contexto cultural, sistema de valores, expectativas y objetivos”. Este concepto integra dimensiones subjetivas y objetivas vinculadas al bienestar físico, emocional y social (16). De él deriva la CVRS, que incorpora la percepción del paciente sobre cómo la enfermedad afecta su funcionamiento cotidiano y bienestar (17).

La evaluación de la CVRS ha impulsado el desarrollo de instrumentos que integran dimensiones relacionadas con el estado de salud (18,19). El EuroQol Group creó el EQ-5D en sus versiones 3L y 5L (20), ampliamente utilizadas para valorar CVRS en distintas enfermedades. En este marco, el presente estudio evaluó la CVRS en pacientes sometidos a TR en un programa colombiano un año después del procedimiento, utilizando el cuestionario EQ-5D-3L y la escala visual análoga para estimar movilidad, autocuidado, actividades cotidianas, dolor/malestar, angustia/depresión y estado de salud global.

Metodología

Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal con 158 pacientes trasplantados mayores de 18 años atendidos en un programa de TR entre 2019 y 2021. El tamaño de muestra se calculó a partir de la población total posterior a 1 año del TR (N=266), obteniéndose N=158 participantes con un nivel de confianza del 95%, un margen de error del 5% y un poder estadístico del 85% ($\beta=15\%$). Se excluyeron pacientes con discapacidad cognitiva o analfabetismo. La investigación se clasificó de riesgo mínimo de acuerdo con el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (21). El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital Universitario San Ignacio (número de Acta 09/2019) y todos los participantes firmaron el consentimiento informado.

Se usó el instrumento EQ-5D versión 3L traducido y adaptado al español colombiano. Además, se empleó el instrumento EQ-EVA, para obtener el índice de utilidad de la CVRS, y un formato de recolección de datos diseñado por los investigadores para la caracterización sociodemográfica y clínica de la población. La recolección de datos fue hetero administrada de manera presencial y por vía telefónica, previa enmienda del protocolo durante la pandemia por SARS-CoV-2.

Caracterización de los instrumentos

El EQ-5D es un instrumento genérico para medir la calidad de vida relacionada con la salud CVRS, aplicable tanto en población sana como en personas con diversas patologías, y se fundamenta en dimensiones de salud definidas por la OMS (20). La versión EQ-5D-3L permite estimar valores de preferencia o utilidades derivados de la descripción de distintos estados de salud. Este cuestionario integra cinco dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión (Tabla 1). Cada dimensión tiene tres niveles de gravedad: sin problemas, algunos problemas y problemas graves, correspondientes al estado de salud del día en que se completa el instrumento (22).

Tabla 1. Dimensiones - EuroQol 5D 3L

Movilidad	
1.	No tengo problemas para caminar
2.	Tengo algunos problemas para caminar
3.	Tengo que estar en cama
Cuidado Personal	
1.	No tengo problemas para caminar
2.	Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme
3.	Soy incapaz de bañarme o vestirme
Actividades Cotidianas	
1.	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
2.	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
3.	Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas
Dolor / Malestar	
1.	No tengo dolor ni malestar
2.	Tengo moderado dolor y malestar
3.	Tengo mucho dolor y malestar
Angustia/ Depresión	
1.	No estoy angustiado/a o deprimido/a
2.	Estoy moderadamente angustiado/a o deprimido/a
3.	Estoy muy angustiado/a o deprimido/a

Fuente: elaborado por los autores.

La combinación de los niveles de estas dimensiones genera un código numérico de cinco dígitos que clasifica el estado de salud según un sistema multiatributo, permitiendo 243 combinaciones posibles (20). Por ejemplo, el estado “11223” indica ausencia de problemas en movilidad y autocuidado, presencia de dificultades en actividades cotidianas, dolor moderado y ansiedad grave, mientras que “11111” refleja ausencia total de problemas en todas las dimensiones (23-25).

La segunda herramienta descriptiva es la escala visual análoga (EQ-EVA)(25), la cual tiene una longitud vertical

de 20 centímetros, milimétrica, graduada de 0 a 100 (0: peor estado de salud imaginable y 100: mejor estado de salud). Esta escala valorará la opinión del paciente de acuerdo con lo bueno o malo que es su estado de salud global el día de la aplicación y permite obtener el índice de utilidad de su CVRS, dividiendo el valor señalado en la escala entre 100 (20).

Análisis de los datos

El análisis descriptivo se realizó utilizando el software R versión 4.0 (licencia 2020). Adicionalmente, se empleó Stata para la interpretación y representación gráfica. Las variables cualitativas se examinaron mediante tablas de frecuencia y las cuantitativas mediante medidas de tendencia central y dispersión. La CVRS se describió a partir de los datos sociodemográficos, clínicos y las dimensiones del cuestionario EQ-5D-3L. Finalmente, se calcularon proporciones de individuos con problemas en cada dimensión, expresadas en porcentajes, y se emplearon estas medidas para la comparación entre grupos.

Resultados

Datos sociodemográficos

De los resultados obtenidos en las variables sociodemográficas y clínicas de los 158 pacientes (Tabla 2), el 44.9% fueron mujeres. La edad osciló entre 21 y 84 años, con un promedio de edad de 51 años. El coeficiente de variación fue del 23.5%, lo que indica un conjunto de datos homogéneo con poca dispersión de la edad.

Tabla 2. Caracterización de los pacientes con TR

Caracterización sociodemográfica y clínica			
Variables		FA (n:158)	(%)
Sexo	Femenino	71	44.9
	Masculino	87	55.1
Estado Civil	Casado	70	44.3
	Soltero	41	25.9
	Otro	47	16.5
Estrato Socioeconómico	Bajo	51	32.3
	Medio	95	60.1
	Alto	12	3.1
Actividad Actual	Pensionado	49	31
	Independiente	47	29.7
	Empleado	39	24.7
	Desempleado	13	8.2
	Otra	10	6.3
Tipo de Trasplante	Cadavérico	141	89.2
	Vivo	17	10.8
Trasplantes Recibidos	Uno	145	91.8
	Dos	12	7.6
	Tres	1	0.6

*FA: frecuencia absoluta

Fuente: elaborado por los autores.

Con respecto al nivel educativo alcanzado, secundaria ocupó el primer lugar con un 36.7%, seguido de universitario con un 35.4%. Sobre la ocupación, el 31.01% eran pensionados, el 29.7% independientes y el 24.6% empleados. A su vez, el 59.4% tenía vivienda propia, seguido del 23.4% que tenía vivienda familiar. La estratificación social más frecuente fue en el nivel socioeconómico medio con 60.1%. Entretanto, el 44.3% reportaron estar casados, el 25.9% solteros y el 16.4% vivían en unión libre. La conformación predominante del núcleo familiar fue cónyuge e hijos con un 31.64%.

Las variables clínicas evidenciaron un promedio en lista de espera de trasplante de 3.81 años, con una mediana de 3 años y el coeficiente de variación del 95%. Previo al TR, el 70% recibió tratamiento de hemodiálisis, el 27.3% diálisis peritoneal y el 2.5% terapia anticipada. La duración de la TRR pretrasplante osciló entre 0-22 años y el 91.7% ha recibido un TR. En el 89.2%, su injerto era de origen cadavérico.

Estado de salud

El estado de salud, medido con EQ-EVA, obtuvo un puntaje mínimo referido de 50 puntos y máximo de 100 puntos, con un promedio de 95.7 puntos y una mediana de 95 puntos. La desviación estándar fue de 11.6 puntos y el coeficiente de variación fue del 12.7%, con lo cual se encontró alta homogeneidad entre las puntuaciones (Figura 1).

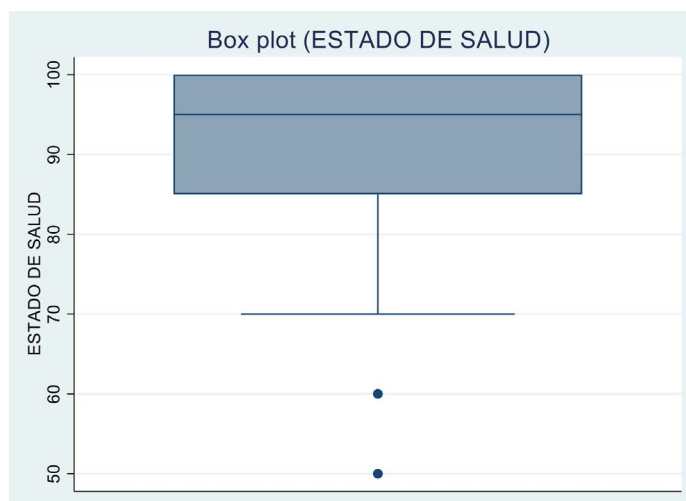


Figura 1: El estado de salud escala EQ-EVA

Fuente: elaborado por los autores.

Resultados de CVRS según las dimensiones del cuestionario EQ 5D-3L

Respecto a la CVRS, el 25.39% de los participantes manifestó dolor moderado y el 1.89% mucho dolor. Así mismo, el 91.13% no refirió problemas para realizar actividades cotidianas de su vida diaria. Solo el 3.79%

presentó algunos problemas con el cuidado personal. Entretanto, el 10.1% refirió algunos problemas de movilidad y el 24.6% describió algunos problemas relacionados con ansiedad/depresión.

Se realizó una prueba de Levene para la diferencia de varianzas y se obtuvo un valor p de 0.67, lo cual implica que no hay diferencias significativas entre las varianzas de la calificación del estado de salud en ambos géneros. A su vez, se realizó una prueba t de Student para la diferencia de medias con un valor p de 0.72, que impide el rechazo de la hipótesis nula. Ambas pruebas demostraron ausencia de diferencias estadísticamente significativas en CV por género.

De igual forma, se aplicó la prueba de Levene para la diferencia de varianzas entre las variables de nivel educativo y culto con el puntaje de la calificación del estado de salud medido con las dimensiones evaluadas en el cuestionario. Todas las pruebas arrojaron valores mayores a 0.5, demostrando que no existen diferencias significativas en el puntaje del cuestionario entre las diferentes categorías. En este sentido, ni el culto ni el nivel educativo impactan en la calificación del estado de salud en los pacientes con TR. La prueba t de Student para culto tampoco arrojó diferencias significativas (Tabla 3).

Tabla 3. Valoración de CVRS – Dimensiones EQ-5D-3L

Dimensión	Categorías	FA (n:158)	(%)
Movilidad	Tengo algunos problemas para caminar	16	10.1
	No tengo problemas para caminar	142	89.9
Cuidado Personal	Tengo algunos problemas para bañarme o vestirme	6	3.8
	No tengo problemas con el cuidado personal	152	96.2
Actividades Cotidianas	Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas	14	8.9
	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas	144	91.1
Dolor / Malestar	Tengo moderado dolor y malestar	40	25.3
	Tengo mucho dolor y malestar	3	1.9
	No tengo dolor ni malestar	115	72.8
Ansiedad/ Depresión	No estoy angustiado/a o deprimido/a	119	75.3
	Estoy moderadamente angustiado/a o deprimido/a	39	24.7

*FA: frecuencia absoluta

Fuente: elaborado por los autores.

En el estado de salud por categorías se destacaron 18 de las 243 posibilidades definidas por el EQ-5D-3L. Aunque no hubo diferencias significativas en el comparativo entre hombres y mujeres, en este último grupo la categoría “11111” fue la más frecuente (sin problemas en el estado de salud), seguida de “11112” (moderadamente angustiado o deprimido) con un 52.1% y un 14.8% respectivamente, con una media global superior a 80. Por su parte, el estado de salud por categorías más frecuente en hombres fue

“11111” (sin problemas en el estado de salud), seguida de “11112” (moderadamente angustiado o deprimido) con el 62% y el 9.2% respectivamente, con una media global mayor o igual a 90, mostrando mejores resultados en la percepción global en salud en el grupo de las mujeres. Entretanto, en la dimensión dolor/malestar la frecuencia fue del 8.05% en hombres y el 9.86% en mujeres. La categoría “11121” (dolor/malestar moderado) fue la tercera en frecuencia (Tabla 4).

Tabla 4. Combinación de categorías del estado de salud por sexo.

Estado de Salud	MUJERES			HOMBRES		
	(%)	M	IC 95%	%	M	IC 95%
11111	52.1	96.2	40.4 -63.7	62.1	93.7	51.8 -72.2
11112	14.1	88.3	5.9 -22.1	9.2	90.0	3.1 -15.2
11121	9.9	9.0	2.9 -16.7	8.0	85.0	2.3 -13.7
11122	5.6	80.0	0.2 -10.9	6.9	83.3	1.5 - 12.2
11131	0.0	0.0	0.000	1.1	78.0	0 -3.3
11211	2.8	97.0	0 -6.6	0.0	0.0	0.000
11212	1.4	80.0	0 -4.1	0.0	0.0	0.000
11222	0.0	0.0	0.000	2.3	65.0	0 - 5.4
12121	2.8	86.0	0 -6.6	1.1	100.0	0 - 3.3
21111	0.0	0.0	0.000	1.1	100.0	0 - 3.3
21121	0.0	0.0	0.000	1.1	95.0	0 - 3.3
21122	2.8	85.0	0 -6.6	2.3	89.0	0 - 5.4
21221	2.8	70.0	0-6.6	1.1	80.0	0 - 3.3
21222	2.8	80.0	0 -6.6	1.1	80.0	0 - 3.3
22111	1.4	90.0	0 -4.1	0.0	0.0	0.000
22211	0.0	0.0	0.0	1.1	100.0	0 - 3.3
22231	0.0	0.0	0.0	1.1	50.0	0 - 3.3
22232	1.4	60.0	0 -4.1	0.0	0.0	0.000

***IC: intervalo de confianza *M: media. *Estado de Salud: 11111:** sin problemas en el estado de salud, **11112:** moderadamente angustiado o deprimido. **11121:** dolor moderado y malestar, **11122:** dolor moderado y moderadamente angustiado o deprimido, **11131:** mucho dolor y malestar, **11211:** algunos problemas para realizar actividades cotidianas, **11212:** algunos problemas para realizar actividades cotidianas y moderadamente angustiado o deprimido, **11222:** algunos problemas para realizar actividades cotidianas, dolor moderado y moderadamente angustiado o deprimido, **12121:** algunos problemas para el cuidado personal, dolor moderado, **21111:** algunos problemas para la movilidad, **21121:** algunos problemas de movilidad y dolor moderado, **21122:** algunos problemas de movilidad, dolor moderado y moderadamente angustiado o deprimido, **21221:** algunos problemas de movilidad, algunos problemas para realizar actividades cotidianas y dolor moderado, **21222:** algunos problemas de movilidad, algunos problemas para realizar actividades cotidianas, dolor moderado y moderadamente angustiado o deprimido, **22111:** algunos problemas de movilidad y algunos problemas para el cuidado personal, **22211:** algunos problemas de movilidad, algunos problemas para el cuidado personal y algunos problemas para realizar actividades cotidianas, **22231:** algunos problemas de movilidad, algunos problemas para el cuidado personal, algunos problemas para realizar actividades cotidianas y mucho dolor y malestar, **22232:** algunos problemas de movilidad, algunos problemas para el cuidado personal, algunos problemas para realizar actividades cotidianas, mucho dolor y malestar y moderadamente angustiado o deprimido.

Fuente: elaborado por los autores.

Discusión

La ERC conlleva un deterioro progresivo que afecta de manera significativa múltiples dimensiones de la vida de quienes la padecen, incluyendo el bienestar físico, mental, emocional, laboral y espiritual (26). La literatura ha documentado consistentemente que tanto la ERC como las TRR alteran el estilo de vida y reducen la CVRS (10). En contraste, el TR constituye la modalidad terapéutica que mejor restablece la funcionalidad y permite a los pacientes retomar, en gran medida, un estilo de vida más cercano a la normalidad (27). Otros estudios han evidenciado que el TR promueve beneficios funcionales, psicológicos y sociales sostenidos en el tiempo (28).

Si bien existe amplia evidencia que demuestra un mejoramiento significativo de la CV tras el TR, independientemente de la edad (28), en el presente estudio no fue posible comparar la CV antes y después del TR. La variabilidad en la edad de los participantes no mostró ser un factor determinante en la percepción de la CVRS. El 95% de los pacientes eran hombres menores de 68 años, por lo que hubo un bajo componente de pacientes con edad avanzada. Kostro et al. (27) evaluaron la CV en 58 pacientes trasplantados y concluyeron que la edad no se asocia significativamente con la percepción de CV. Por el contrario, una revisión sistemática sobre CV en pacientes trasplantados reportó que la edad avanzada se asocia con mejor CVRS y con una reducción en los efectos adversos de la inmunosupresión (7). Esta condición parece explicarse por una mayor estabilidad psicológica, un menor temor a la pérdida del injerto y un mayor nivel de independencia en comparación con los pacientes más jóvenes. Sin embargo, otros autores han señalado que la edad avanzada, el bajo nivel educativo, el sexo femenino, un mayor tiempo en diálisis, la diabetes mellitus y niveles elevados de creatinina se relacionan con una peor CVRS (29).

Grams et al. (30) desarrollaron un modelo predictivo basado en 19 variables clínicas para identificar pacientes mayores de 65 años que podrían beneficiarse del TR. En su estudio demostraron que, con una adecuada selección, el TR constituye la mejor opción terapéutica para adultos mayores, mostrando mejores resultados en supervivencia y CV. En concordancia, otra investigación realizada en personas mayores de 65 años encontró que la edad no se asocia con una disminución de la CVRS y que tras el trasplante los pacientes reportan mayores facilidades para realizar actividades cotidianas con menor esfuerzo físico (11).

En cuanto a variables sociodemográficas, los resultados del presente estudio indican que no existe relación entre la CV y factores como sexo, nivel educativo, estrato socioeconómico o creencias religiosas. Este hallazgo es

consistente con lo reportado por Kostro et al. (27), quienes tampoco encontraron asociación significativa entre CV y dichas variables, incluyendo además el ingreso mensual y la situación laboral. Por otro lado, Durán et al. (31) sí identificaron que los pacientes con estudios universitarios perciben mejor CV ($p=0.003$), así como aquellos que se encuentran laboralmente activos ($p=0.000$), en comparación con personas desempleadas o pensionadas. En el presente análisis, estas diferencias no fueron observadas.

Barros-Higgins et al. (29) reportaron que la CVRS en pacientes con ERC se ve influenciada por factores como el nivel educativo, el estado civil y el estrato socioeconómico. En su estudio, la mayoría de los participantes tenía escolaridad básica primaria (43.8%), estaban casados (56.3%) y pertenecían al estrato socioeconómico 1 (57.5%). Además, las mujeres presentaron mayores dificultades en actividad física y síntomas depresivos. Estos hallazgos difieren de los observados en nuestro estudio, posiblemente debido a las mejores condiciones socioeconómicas de la población analizada. Asimismo, los autores señalaron que los hombres viudos, solteros o divorciados, así como aquellos inactivos laboralmente, mostraron una CV más deteriorada; en contraste, en nuestra investigación la mayoría de los participantes estaban casados, pensionados y pertenecían a estratos medios, condiciones que podrían favorecer una percepción más positiva de su CV.

Un estudio en España, comparó la CVRS de pacientes en TR con aquellos en hemodiálisis, encontrando que los trasplantados presentaban mejores puntuaciones en la CVRS (32). En dicho estudio, el 70% de los participantes había recibido hemodiálisis previa, dato que coincide con nuestra investigación. Sin embargo, este factor no demostró influencia significativa en la percepción de CV posterior al TR. La evidencia sugiere que los pacientes en TRR muestran mayor deterioro de la CV en comparación con quienes reciben tratamiento médico previo al TR, posiblemente debido a la carga física, emocional y social asociada al tratamiento (32,33). El trasplante cadavérico fue el más frecuente, aunque esto no influyó en la CVRS.

Por otra parte, el estado de salud antes y después de un TR exitoso es variable y depende de factores individuales como la severidad de la enfermedad, independencia funcional, actividad laboral y dinámica psicosocial (22,27,34). En la dimensión física del EQ-5D-3L, algunos pacientes manifestaron problemas de movilidad y dolor moderado. Otros estudios han encontrado que, aunque muchos síntomas se reducen tras el TR, los pacientes continúan experimentando fatiga, alteraciones del sueño y cambios en el apetito (35). No obstante, estos síntomas no siempre afectan la CVRS de manera significativa (10,11). En este estudio, la percepción global del estado de salud fue alta, con un promedio de 90.7 puntos, y más del 50% de los

participantes reportaron un estado “1111”, equivalente a ausencia total de problemas en las dimensiones evaluadas. Además, no hubo casos severos de depresión o angustia, solo moderados (24.6%), a pesar de haber aplicado parte de los cuestionarios durante la pandemia por COVID-19 (35).

Respecto a las diferencias por sexo, un estudio colombiano reportó que las mujeres presentan más problemas de salud en todas las dimensiones del EQ-5D-3L (36). Aunque en nuestra investigación se observaron niveles moderados de dolor/malestar y ansiedad/depresión en mujeres, estos no fueron significativamente diferentes frente a los hombres. Finalmente, estudios longitudinales han demostrado mejoras significativas en actividades cotidianas y percepción de salud tras el TR (20). Kostro et al. (27) evidenciaron mejoría en 74% de las dimensiones de CV tras el TR, sin diferencias entre pacientes provenientes de hemodiálisis o diálisis peritoneal. La evaluación de la CVRS es esencial para la toma de decisiones clínicas; sin embargo, enfrenta desafíos metodológicos derivados de su naturaleza subjetiva y la variabilidad en instrumentos de medición (37).

Conclusiones

Los resultados evidencian que el trasplante renal se asocia con una alta percepción de calidad de vida, independientemente de factores sociodemográficos o clínicos. Aunque algunos pacientes reportaron síntomas moderados, estos no impactaron de forma significativa su CVRS. La edad, el antecedente de diálisis y el tipo de injerto no mostraron influencia relevante en la percepción global de salud. En conjunto, los hallazgos refuerzan que el trasplante renal continúa siendo la alternativa terapéutica que mejor restablece la funcionalidad y el bienestar integral, resaltando la importancia de evaluar la CVRS en el seguimiento clínico.

Limitaciones

El presente estudio fue de carácter monocéntrico, descriptivo y con una muestra reducida, lo que limita la generalización de los resultados a una población más amplia. Además, al ser un estudio no comparativo, no se pudo realizar una evaluación directa de la variabilidad de la CVRS antes y después del TR. No se incluyeron comparaciones con otras variables clínicas que podrían haber tenido un impacto significativo en la percepción de mejoría de los participantes.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Para la realización de este estudio, no existió ningún tipo de financiación externa a los autores.

Referencias

1. Khwaja A. KDIGO Clinical Practice Guidelines for Acute Kidney Injury. *Nephron Clin Pract* [Internet]. 2012;120(4):c179–84. doi: <https://doi.org/10.1159/000339789>
2. Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2018;96(6):414–422C. doi: <https://doi.org/10.2471/BLT.17.206441>
3. Otero A, de Francisco ALM, Gayoso P, García F. Prevalence of chronic renal disease in Spain: results of the EPIRCE study. *Nefrología* [Internet]. 2010;30(1):78–86. Recuperado a partir de: <https://www.revistanefrologia.com/es-prevalencia-insuficiencia-renal-cronica-espana-articulo-X0211699510033780>
4. Cuenta de Alto Costo. Situación de la ERC, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus en Colombia, 2024 [Internet]. Colombia: CAC; 2024. Recuperado a partir de: <https://cuentadealtocosto.org/sdm/downloads/situacion-de-la-erc-la-hipertension-arterial-y-la-diabetes-mellitus-en-colombia-2024/>
5. Garcia-García G, Jha V. Chronic kidney disease in disadvantaged populations. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2015;11(3):128–9. doi: <https://doi.org/10.1038/nrneph.2015.4>
6. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Gerenc y Políticas Salud* [Internet]. 2016;15(30):212–33. doi: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.erc>
7. Pérez C, Moyano MC, Estepa M, Crespo R. Factores asociados a calidad de vida relacionada con la salud de pacientes trasplantados de riñón. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2015;18(3):204–26. doi: <https://doi.org/10.4321/S2254-28842015000300009>
8. Canché-Arenas AP, Reza-Orozco M, Rodríguez-Weber FL. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal. *Med Int Mex* [Internet]. 2011;27(5):446–54. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim115f.pdf>
9. Crews DC, Hall YN. Social disadvantage: Perpetual origin of kidney disease. *Adv Chronic Kidney Dis* [Internet]. 2015;22(1):4–5. doi: <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2014.11.003>
10. Canche-Arenas A, Bogetti-Salazar M, Rodríguez-Weber F. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal y hepático. *Acta Méd Grup Ángeles* [Internet]. 2012;10(3):117–23. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2012/am123a.pdf>

11. Canche-Arenas AP, Reza-Orozco M, Rodríguez-Weber FL. Calidad de vida en pacientes con trasplante renal del Hospital Ángeles del Pedregal. *Med Interna Mex* [Internet]. 2011;27(5):446–54. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2011/mim115f.pdf>
12. García PK, Cano CA, González CA, García RL, Arroyave M. Trasplante renal en mayores de 60 años en un hospital de Colombia. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2014;49(3):125–8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2013.09.001>
13. Álvarez-Rangel LE, Cruz-Santiago J, Meza-Jiménez G, Bernáldez-Gómez G, Ledesma-González VM, Camacho-Hernández F, et al. Modificación de la calidad de vida relacionada con la salud en receptores de trasplante renal. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2015;53(Suppl 1):s66–s73. Recuperado a partir de: https://revistamedica.imss.gob.mx/index.php/revista_medica/article/view/59
14. Caldés-Ruisánchez S, Letosa RM, Amezcua-Orjuela Y, Fernández-Lucas M, Rivera-Gorriñ M, Galeano-Álvarez C, et al. Inicio de diálisis tras trasplante renal: ¿Se empieza en peor situación que la de los enfermos renales de novo? *Nefrología* [Internet]. 2011;31(1):51-7. doi: <https://www.revistanefrologia.com/es-inicio-dialisis-tras-trasplante-renal--articulo-X0211699511051253>
15. Robles-Espinoza AI, Rubio-Jurado B, De la Rosa-Galván EV, Nava-Zavala AH. Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Resid* [Internet]. 2016;11(3):120–5. Recuperado a partir de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>
16. Urzúa MA, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. *Ter Psicol* [Internet]. 2012;30(1):61–71. doi: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>
17. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA* [Internet]. 272(8):619–26. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.1994.03520080061045>
18. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy (New York)* [Internet]. julio de 1996;37(1):53–72. doi: [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(96\)00822-6](https://doi.org/10.1016/0168-8510(96)00822-6)
19. Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Aten Primaria* [Internet]. 2001;28(6):425–30. doi: [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)
20. EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy (New York)* [Internet]. 1990;16(3):199–208. doi: [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)
21. Colombia, Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 8430 de 1993. Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Recuperado a partir de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf>
22. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 1998;110(14):550–6. Recuperado a partir de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9646272>
23. EuroQol. EQ-5D-5L User Guide. Version 2.1. [Internet]. Rotterdam: EuroQol; 2015. Recuperado a partir de: <https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/>
24. Rojas-Reyes MX, Gomez-Restrepo C, Rodríguez VA, Dennis-Verano R, Kind P. Quality of life related to health in the Colombian population: How do colombians perceive their health condition? *Rev Salud Publica* [Internet]. 2017;19(3):340–6. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.v19n3.54226>
25. EuroQol. EQ-5D-3L User Guide [Internet]. Rotterdam: EuroQol; 2018. Recuperado a partir de: <https://euroqol.org/information-and-support/documentation/user-guides/>
26. Pabón-Varela Y, Paez-Hernandez KS, Rodríguez-Daza KD, Medina-Atencia CE, López-Tavera M, Salcedo-Quintero LV. Calidad de vida del adulto con insuficiencia renal crónica, una mirada bibliográfica. *Duazary* [Internet]. 2015;12(2):157. doi: <https://doi.org/10.21676/2389783X.1473>
27. Kostro JZ, Hellmann A, Kobiela J, Skóra I, Lichodziejewska-Niemierko M, Dębska-Lizień A, et al. Quality of life after kidney transplantation: A prospective study. *Transplant Proc* [Internet]. 2016;48(1):50–4. doi: <https://doi.org/10.1016/j.transproceed.2015.10.058>
28. Pérez-San Gregorio MA, Martín-Rodríguez A, Díaz-Domínguez R, Pérez-Bernal J. Evolución de la calidad de vida relacionada con la salud en los trasplantados renales. *Nefrología* [Internet]. 2007;27(5):527–659. Recuperado a partir de: <https://www.revistanefrologia.com/es-evolucion-calidad-vida-relacionada-con-articulo-X0211699507021750>
29. Barros-Higgins L, Herazo-Beltrán Y, Aroca-Martínez G. Health-related quality of life in patients with chronic kidney disease. *Rev Fac Med* [Internet]. 2015;63(4):641–7. doi: <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63.n4.49805>
30. Grams ME, Kucirka LM, Hanrahan CF, Montgomery RA, Massie AB, Segev DL. Candidacy for kidney transplantation of older adults. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2012;60(1):1–7. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03652.x>

31. Durán-Muñoz MI, Lope-Andrea T, Pino-Jurado MR, Chicharro-Chicharro MC, Matilla-Villar E. Percepción de la calidad de vida referida por el paciente adulto con trasplante renal. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2014;17(1):45–50. doi: <https://doi.org/10.4321/S225428842014000100008>
32. Romero-Reyes M, Moreno-Egea A, Gómez-López VE, Alcántara-Crespo M, Crespo-Montero R. Análisis comparativo entre la calidad de vida del paciente trasplantado renal y el paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2021;24(2):129-38. Recuperado a partir de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842021000200129
33. Martínez-Gutiérrez F, Roy-García IA, Torres-Rodríguez JL. Terapia sustitutiva y su impacto en la calidad de vida de pacientes con enfermedad renal crónica terminal. *Aten Fam* [Internet]. 2019;27(1):17–21. doi: <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2020.1.72296>
34. Rodríguez-Martín MC, Conejos-Alegre C, Fuenmayor-Díaz A, Mirada-Ariet C, Sanz-Izquierdo E, Torruella-Barraquer C, et al. Calidad de vida y trasplante renal en mayores de 65 años. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* [Internet]. 2009;12(1):26–30. Recuperado a partir de: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-13752009000100005
35. Cantillo-Medina CP, Sánchez-Castro LF, Ramírez-Guerrero AM, Muñoz-Bolaños MD, Quintero-Penagos HF, Cuero-Montaño SV. Calidad de vida y caracterización de las personas con Enfermedad Renal Crónica trasplantadas. *Enfermería Nefrológica* [Internet]. 2021;24(1):83–92. doi: <https://doi.org/10.37551/S2254-28842021009>
36. Viana-Barceló RA, Navarro-España JL. Estado de salud de los colombianos: una aplicación del EQ-5D-3L. *Arch Med* [Internet]. 2018;18(1):134–45. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=273856494014>
37. Testa MA, Simonson D. Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* [Internet]. 1996;334(13):835-40. doi: <https://doi.org/10.1056/nejm199603283341306>