

PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL  
ENTRE BENEFICIOS Y DIFICULTADES  
UNA MIRADA DESDE LA SALUD PÚBLICA

LINA CLAUDIA NARANJO SALAZAR  
LINA MARÍA LOZANO NORIEGA

FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA  
MEDELLÍN  
2019

PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL  
ENTRE BENEFICIOS Y DIFICULTADES  
UNA MIRADA DESDE LA SALUD PÚBLICA

LINA CLAUDIA NARANJO SALAZAR  
LINA MARÍA LOZANO NORIEGA

ASESOR  
DR. JUAN DAVID RAMÍREZ ARIAS

FACULTAD DE MEDICINA  
ESPECIALIZACIÓN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA  
GRUPO DE INVESTIGACIÓN OBSERVATORIO DE LA SALUD PÚBLICA  
MEDELLÍN  
2019

## TABLA DE CONTENIDO

	<b>pág</b>
1. INTRODUCCIÓN	4
2. RESUMEN	5
3. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO	6
3.1 Insuficiencia renal crónica terminal	7
3.2 Trasplante renal	8
3.3 Beneficios del trasplante renal	10
3.4 Barreras administrativas que afectan la calidad de vida de los pacientes posterior al trasplante renal	11
3.5 Terapia inmunosupresora	14
4. OBJETIVOS	16
4.1 Objetivo general	16
4.2 Objetivos específicos	16
5. METODOLOGÍA	17
6. DISCUSIÓN	18
7. CONCLUSIONES	19
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
9. AGRADECIMIENTOS	24

## 1. INTRODUCCIÓN

El óptimo beneficio de los pacientes es un objetivo a alcanzar en la prestación de los servicios de salud y aún más, en procedimientos como el trasplante renal con el cual se pretende recuperar el estado de salud y mejorar las condiciones de vida de los pacientes con insuficiencia renal terminal, dado que lo exime de continuar en la rutina de las sesiones de hemodiálisis o diálisis peritoneal lo cual interfiere en el proceso del día a día de quienes están condicionadas a éste procedimiento; sin embargo, y pese a los múltiples beneficios del trasplante renal, también existen circunstancias que conllevan a situaciones desfavorables tanto para el paciente como para el sistema de salud.

Desarrollar una monografía relacionada con los beneficios y las dificultades de los pacientes con trasplante renal permite reconocer la importancia de dicho procedimiento en la población pero también, conocer los factores actuales que interfieren en la adhesión al tratamiento y seguimiento, que conlleva a que dichos pacientes no se les detecte tempranamente rechazo del órgano, presencia de infecciones, efectos adversos de algunos medicamentos, entre otros; situaciones que interfieren en el mantenimiento de la calidad de vida para éstos pacientes y que comprometen también los recursos de la salud en general.

Por lo anterior, pretendemos llevar a cabo una búsqueda exhaustiva de información relacionada en toda ésta temática para contextualizar y promover estrategias que fortalezcan los beneficios de éstos pacientes pero aún más, alternativas ante los inconvenientes por los cuales los pacientes en condición de trasplantados renales deben padecer.

## **2. RESUMEN**

Mediante esta monografía se realiza una revisión sobre la calidad de vida de los pacientes de trasplante renal, la cual depende de diversos factores de tipo terapéutico, de procedimiento clínico y beneficios del apoyo del grupo familiar, siendo indispensables para la obtención de mejores resultados. Se inicia considerando los conceptos básicos sobre el trasplante renal y sus beneficios, así como las limitaciones de los procedimientos administrativos y su influencia directa en la calidad de vida del paciente. Finalmente, se expondrán de manera crítica los beneficios, dificultades y efectos en la salud pública de los pacientes con trasplante renal.

Palabras claves: calidad de vida, trasplante renal, beneficios, inconvenientes

### **Abstract**

Through this monograph a review is conducted on the quality of life of renal transplant patients, which depends on the various factors of the therapeutic type, the clinical procedure and the benefits of family group support, being indispensable for obtaining better results. These are the basic concepts about renal transplantation and its benefits, as well as the limitations of administrative procedures and the direct influence on the patient's quality of life. Finally, the benefits, difficulties and effects on public health of patients with renal transplantation will be critically exposed.

Keywords: quality of life, renal transplant, benefits, inconvenience

### 3. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

El trasplante de riñón cada vez más constituye en una alternativa para los pacientes trasplantados; éste predomina sobre los demás trasplantes de órganos ya que es el de mayor demanda y también el órgano de mayor oferta como lo evidencian las siguientes cifras; en América Latina, en el año 2013 se realizaron 11.478 trasplantes de riñón(1). En Colombia se realizan alrededor de 800 trasplantes al año, dentro de los cuales 500 corresponden a pacientes renales(2). En el año 2016 se realizaron 1068 trasplantes: 745 de riñón, 228 de hígado y 58 de corazón, entre otros(3); y a Febrero del 2018, 2.488 personas se encontraban en lista de espera, de estas 2316 esperaban riñón, 133 hígado, 23 pulmón y 16 corazón(4).

Dicho oferta y demanda se justifica dado que mejora la calidad de vida del paciente la cual tiene estrecha relación con diferentes variables, como la adherencia terapéutica, la hospitalización, el apoyo familiar, las expectativas hacia el trasplante y la etiología de este(5) lo cual, en conjunto, puede constituirse en una nueva realidad de vida para aquellos pacientes que padecen de la insuficiencia renal crónica terminal ya que indudablemente, el trasplante disminuyen los síntomas relacionados con la enfermedad, el número de ingresos hospitalarios, el grado de incapacidad para trabajar, la ansiedad, la irritabilidad y la labilidad afectiva(5).

Sin embargo la calidad de vida puede verse alterada por la existencia de diferentes inconvenientes con las EPS por situaciones administrativas tal y como lo evidencian Entidades encargadas de velar por el derecho a la salud de los pacientes; una de ellas es el programa Imaginando el mañana del laboratorio de Astellas el cual lleva casos y gestiona según sus posibilidades; de acuerdo a éste, de los casos a los cuales le hace seguimiento actualmente la barrera por falta de suministro de medicamentos corresponde al 72.7%, la falta de autorización de los medicamentos representa el 19%, la barrera de falta de asignación de cita médica representa el 8.2%.

La información anterior coincide con datos suministrados directamente para dicho trabajo final por la Superintendencia Nacional de Salud la cual reportó que para el año 2018 se presentaron un total de 1.010 PQRD (Petición, Quejas, Reclamos y Dudas) de pacientes trasplantados renales y a Mayo del 2019 llevaban registradas 474 PQRD por la misma población, en su orden, el primer lugar de PQRD está encabezado por el motivo de falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS, seguido por falta de oportunidad de entrega de medicamentos POS y en tercer lugar la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada para éstos pacientes, dicho orden corresponde tanto para el año 2018 como para el año 2019.

Dichos inconvenientes administrativos no sólo es una situación a nivel Colombiano, en EE.UU se llevó a cabo una investigación donde un 70% de los programas de los pacientes con trasplante renal en Estados Unidos reportan que tienen problemas para pagar los medicamentos y que 68% de los programas presentan muertes o rechazo de órganos, debido a los costos de la terapia inmunosupresores(6), cabe anotar que en dicho país el sistema de salud es diferente, sin embargo, también compromete el bienestar de los pacientes objeto de éste trabajo.

Aunque existe evidencia de dichas anomalías y no es algo nuevo, no hay suficiente información recopilada como estudios o investigaciones a nivel nacional por lo que es necesario iniciar con dicha tarea para promover la tarea investigativa en dicho tema.

### **3.1 Insuficiencia renal crónica terminal**

La enfermedad renal crónica terminal (ERCT) es la pérdida irreversible de la función del riñón, que genera la acumulación en el cuerpo de sustancias que se excretarían. Esta afecta al 10% de la población en el mundo y aunque es prevenible, una vez aparece no tiene cura. Además, es una patología progresiva y silenciosa, cuya manifestación de sus síntomas se da en etapas avanzadas(1), Dicha patología conlleva a un impacto económico, lo cual abarca muchos sectores como los relacionados con tratamientos médicos, las ganancias perdidas por los individuos que se ven discapacitados prematuramente, los costos de las oportunidades perdidas por las personas que cursan por la enfermedad y sus familiares que sacrifican otras actividades porque tienen que dedicar tiempo o dinero a las exigencias de vivir con esta enfermedad(7).

La población afectada por la enfermedad renal crónica (ERC) y la necesidad de tratamiento renal sustitutivo (TRS) crecen constantemente. Esto se debe, fundamentalmente, al aumento de la población añosa y diabética(8) la cual va en aumento, lo anterior, entendiéndose que la diabetes y la hipertensión arterial son las patologías que más conllevan a la insuficiencia renal crónica. En el caso colombiano, el 28% de la población diabética y entre el 21 y el 36% de la población hipertensa desarrollan ERC, y entre el 54 y el 67% de las personas con ERC en el país tiene diagnóstico de HTA(9); situación preocupante ya que dichas cifras van en aumento debido a condiciones y estilos de vida actuales en nuestra sociedad.

Así pues, la incidencia de la enfermedad renal crónica es considerada a nivel mundial y en la región de América Latina y Colombia, como un fenómeno de interés para la salud pública, sobre la que se hace imprescindible generar propuestas de intervención que den respuesta a las necesidades sentidas por los usuarios(7) pues ha producido importantes consecuencias clínicas, sociodemográficas, epidemiológicas y económicas para los

individuos y los sistemas de salud. En el sistema colombiano se ha reconocido como una enfermedad de alto costo (EAC), catastrófica o ruinoso, porque es de larga duración e implica un manejo de alta complejidad técnica, en especial en los estadios más avanzados(9)

La complejidad de su manejo deriva de varios factores interrelacionados: 1) su complejidad clínica y psicosocial, que demanda largos, complejos y costosos tratamientos para un creciente número de afectados, y por lo tanto es una enfermedad de alto costo para el sistema de salud; 2) en el sistema de salud colombiano, la enfermedad se ha manejado preferentemente dentro de un modelo de atención individual y biomédico que desestima la importancia de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; 3) en relación con lo anterior, la política incentiva la compensación económica a las EPS en razón de la atención del alto costo, en lugar de incentivar los resultados alcanzados en términos de salud y procesos preventivos; 4) aún si se analiza desde el paradigma biomédico, la organización del sistema de salud presenta importantes fallas para lograr el diagnóstico y la atención oportuna, lo que aumenta el riesgo de progresión y genera mayor carga de enfermedad, al tiempo que disminuye la calidad de vida de los pacientes; y 5) el debilitamiento de la función rectora de la autoridad sanitaria, que delega la vigilancia en salud pública y la gestión financiera de las enfermedades catastróficas en terceros, lo que permite la escalada de costos de medicamentos e insumos(9).

Así pues, el tratamiento y los medicamentos de la ERC —sobre todo en estadios avanzados— imponen altos y crecientes costos económicos para la sociedad y el sistema de salud, puesto que exigen personal calificado y tecnología sofisticada y costosa. En el 2004, el costo de las diálisis alcanzó los \$450 000 millones de pesos, y se calcula que en los últimos años esta ha consumido entre el 2 y el 4% del gasto en salud en el país y seguridad social en salud, respectivamente(9).

Los costos de la terapia sustitutiva renal han sido motivo de análisis en diversos estudios, aunque todos ellos han realizado aproximaciones ya que es difícil su cálculo exacto por presentar dificultad en la imputación del costo de cada una de las partes que intervienen en el proceso, especialmente los costos de personal(10).

### **3.2Trasplante renal**

El trasplante renal consiste en sustituir un riñón enfermo por otro que funcione adecuadamente y actualmente logra buenos resultados para los receptores(11). A nivel mundial en 1947 se realizó el primer trasplante renal realizado por el doctor David M. Hume en Boston y en Colombia se realiza el primer trasplante completamente exitoso en

el país, el 29 de Agosto de 1973, este tuvo lugar en el Hospital Universitario San Vicente de Paul de Medellín, con un procedimiento de trasplante renal(12).

Luego de esto, el trasplante de riñón es reconocido como el mayor avance de la medicina moderna a la hora de proporcionar años de sobrevivida con una elevada calidad de vida a pacientes con fallo renal irreversible (insuficiencia renal crónica [IRC] terminal) en todo el mundo(13).

Hoy, sin embargo, forma parte de la práctica clínica habitual en más de 80 naciones, y constituye un procedimiento de rutina que transforma vidas en la mayor parte de los países con ingresos económicos medios y altos, aunque aún se puede hacer mucho más. Los países que han realizado un mayor número de trasplantes son EE. UU., China, Brasil e India, mientras que el mayor acceso de la población a este tratamiento se registra en Austria, EE. UU., Croacia, Noruega, Portugal y España(13).

En cuanto a costos, si bien el valor del trasplante exceden los de la diálisis de mantenimiento en el primer año posinjerto (por ejemplo, en Pakistán, 5.245 vs. 1.680 dólares estadounidenses en el primer año), aquellos se reducen notablemente comparados con los de la diálisis en los años subsiguientes, especialmente gracias al advenimiento de las drogas inmunosupresoras genéricas. El trasplante, por lo tanto, expande el acceso y reduce los costos totales para lograr un exitoso tratamiento de la IRC terminal. El trasplante renal apropiadamente indicado es, por lo tanto, el tratamiento de elección para los pacientes con IRC terminal debido a sus menores costos y a que ofrece una mejor evolución de la enfermedad(13).

En Colombia el trasplante renal se constituye entonces como una alternativa costo-efectiva ya que el trasplante en el año puede costar 30 mil millones, y en los años posteriores es inferior al de la diálisis. La decisión de realizar un trasplante implica mirar las limitaciones asociadas a la consecución de un donante y el riesgo de rechazo, pero incluso así, es la opción más económica y de bienestar para los pacientes(14).

Aunque es un procedimiento rutinario, su aplicabilidad viene limitada por la disponibilidad de riñones en relación con la demanda creciente de pacientes que lo precisan. Este desequilibrio entre pacientes en lista de espera de TR y la disponibilidad de riñones de cadáver se agranda cada año. Por ello se ha ido incrementando la edad de los donantes y se utilizan riñones con criterios expandidos o riñones subóptimos, donantes a corazón parado, etc(15).

### **3.3 Beneficios del trasplante renal.**

El trasplante renal como alternativa para favorecer la condición de la insuficiencia renal crónica terminal lleva consigo un sinnúmero de beneficios, dentro de éstos está que mejora la calidad de vida al prescindir de la dependencia de la diálisis y de las dietas rigurosas, aumenta la supervivencia de los pacientes y es el tratamiento más económico cuando se compara con la diálisis(15), lo anterior está descrito en un sinnúmero de publicaciones investigativas lo cual avala dichas afirmaciones.

Dicho procedimiento también beneficia la familia, allegados y el propio de sistema de salud aunque indudablemente el actor y favorecido es el paciente, así, el enfermo renal recupera su estado de salud perdido con el desarrollo de la insuficiencia renal crónica terminal y no recuperado con la diálisis. Por este motivo, todos los estudios de calidad de vida del trasplante renal ponen de manifiesto dos aspectos distintos que deben ser considerados: la mejoría en la percepción de salud del enfermo y la liberación de la diálisis y de sus restricciones dietéticas asociadas. Probablemente por estos dos aspectos los enfermos renales prefieren el trasplante renal a la diálisis, pero además el trasplante consigue recuperar la salud, no conseguida con la diálisis(16).

También, los aspectos relacionados con la actividad física mejoran en un 80% de los estudios publicados; los relacionados con la actividad mental-psíquica en un 80%, los sociales en un 60% y de forma global el 100% de los estudios coinciden en una mejoría sustancial(16). y cómo no ocurrir esto cuando un paciente acostumbrado a su rutina de diálisis, revive un sinnúmero de actividades y de estilos de vida en todos los aspectos previos a su patología al ser trasplantado.

Hay 4 aspectos relacionados con la mejoría de la calidad de vida en el paciente trasplantado que merecen ser resaltados: a) los hombres experimentan una mejoría más significativa que las mujeres en la calidad de vida después del trasplante; b) la comorbilidad asociada al paciente supone un factor determinante en la calidad de vida del trasplantado renal; c) en los pacientes de edad avanzada el trasplante renal también supone una clara mejoría en la calidad de vida respecto de la diálisis, y d) existen algunos factores directamente relacionados con el trasplante que limitan la mejoría en la calidad de vida del trasplantado renal(16). Respecto a la mayor calidad de vida entre hombres y mujeres resulta ser relativo ya que ésta no depende del sexo sino de un sinnúmero de aspectos para definir su nivel y claramente también juega un papel fundamental las demás comorbilidades, posibles complicaciones, efectos secundarios de algunos medicamentos o inconvenientes con sus EPS que condicionan la calidad de vida.

Sumado a lo anterior, los pacientes con insuficiencia renal sometidos a un trasplante renal asumen una nueva vida en el sentido de que se ven enfrentados a múltiples procedimientos y terapéuticas médicas que requieren de un seguimiento permanente por parte del equipo de salud y deben preocuparse lo mejor posible por el cuidado del órgano trasplantado. El paciente vive una particular situación de cronicidad que le implica modificar su estilo de vida, reajustar su dinámica familiar o reorientar sus proyecciones personales y laborales. Por lo tanto; se hace evidente la necesidad de contar con una red de apoyo primaria y un sistema de soporte social permanente que le brinde las estrategias para afrontar esta nueva condición(7).

### **3.4 Barreras administrativas que afectan la calidad de vida de los pacientes posterior al trasplante renal**

Pese a los beneficios que genera el trasplante renal; actualmente los sistemas de salud en el mundo presentan, en su gran mayoría, inconvenientes para lograr la garantía integral de la prestación de los servicios de salud, y muchos de los pacientes con trasplante de riñón son testigos de dicha situación. La prestación de servicios del asegurador de salud juega un papel importante como el encargado de la autorización y el pago a las instituciones de salud, laboratorios, empresas farmacéuticas y otros de todo lo relacionado con el tratamiento médico del paciente(1).

Al ser el trasplante renal un procedimiento como consecuencia de la insuficiencia renal terminal crónica, la Organización Mundial de la Salud (OMS), afirma como principales obstáculos para la cobertura universal de las enfermedades de alto costo, la insuficiente disponibilidad de los recursos, pues hasta el momento ningún país ha logrado extender la salud a totalidad de la población, brindar acceso a las tecnologías en salud, pues el gasto de bolsillo en varios países va desde un 10% hasta un 80% de los ingresos(17); esto podría deberse a que el enfoque mundial, generalmente, siempre ha sido hacia la inversión en las patologías y muy escasos recursos en la parte de promoción de salud y la prevención de la enfermedad con lo cual, probablemente, la situación actual sería diferente.

En Colombia, según la Resolución 5857 del 2018 en su Artículo 31 dicta: Para la realización de los trasplantes cubiertos en el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la UPC, la cobertura incluye las tecnologías en salud complementaria, necesaria y contenida en el acto administrativo. La prestación comprende:

1. Estudios previos y obtención del órgano, tejido o células del donante identificado como efectivo.

2. Atención del donante vivo hasta su recuperación, cuya atención integral estará a cargo de la EPS o de la entidad que haga sus veces, responsable del receptor.
3. Procesamiento, transporte y conservación adecuados del órgano, tejido o células a trasplantar, según tecnología disponible en el país.
4. El trasplante propiamente dicho en el paciente.
5. Preparación del paciente y atención o control pos trasplante.
6. Tecnologías en salud necesarias durante el trasplante.
7. Los medicamentos se financian conforme a lo dispuesto en el presente acto administrativo.

Así mismo dicta ésta resolución que dichos pacientes no tienen cobro de copago tanto para régimen contributivo como subsidiado y tanto el Micofenolato como el Tacrolimus son pagos con los recursos de la UPC, dichos medicamentos hacen parte del grupo de inmunosupresores con los cuales son manejados los pacientes postraplante.

Pese a las regulaciones establecidas, uno de los problemas más recurrentes en la prestación del servicio de salud es la imposición de barreras o inconvenientes de tipo administrativo que perturban la calidad de vida de los pacientes trasplantados pues hay mala gestión del flujo de recursos, tanto del que administran las EPS como del que administran los entes territoriales, lo cual se expresa en la demora en los pagos a las instituciones prestadoras de servicios de salud(18).

El modelo de desarrollo y financiamiento, la administración privada de los fondos per cápita y los múltiples planes de beneficios segmentan y fragmentan el sistema y generan insostenibilidad. Por negación de los servicios a que la población tiene derecho, o por exclusión de los mismos de los planes de beneficios, la población hace uso creciente del derecho de tutela. Lo que se ha demostrado en Colombia es que sin la tutela los afiliados quedarían desprotegidos frente a las arbitrariedades de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) y la indolencia del gobierno, que no dudan en negar el acceso a prestaciones incluidas en los planes de beneficios y en retardar la inclusión de tratamientos y procedimientos necesarios para la atención de los afiliados(18).

Como consecuencia de lo anteriormente descrito, los pacientes que se trasplantan o serán trasplantados tienen dificultades como consecuencia del mal funcionamiento del

Sistema de Salud Colombiano como, por ejemplo: La negación de las autorizaciones por parte de las EPS, dificultades entre las aseguradoras e Instituciones Prestadoras del Servicio (IPS), la falta de recursos económicos, largas esperas para obtener citas con especialistas, las abundantes listas de espera, poca disponibilidad de centros especializados, demora en la afiliación, afiliación a las aseguradas sin preexistencias, negación de medicamentos costosos no incluidos en el Plan Obligatorio de Salud (POS) y exámenes diagnósticos complejos, tanto para el receptor del trasplante como para el donante, los cuales se requieren para establecer la compatibilidad entre los dos, y determinar si es posible la realización del trasplante(19).

El rol del sistema de salud, puede ser parte del apoyo cuando permite acceso oportuno, sobre todo en las personas que están en el régimen subsidiado, que es definido por el Ministerio de Protección como el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago, tiene acceso a los servicios de salud a través de un subsidio que ofrece el Estado; pero puede convertirse en un obstáculo cuando no autoriza exámenes o procedimientos que el paciente requiere en ese momento(20).

De acuerdo a lo anterior y ante la ineficiencia del sistema de seguridad social en salud y la deficiente prestación de servicios por parte de las EPS y las IPS, el usuario se ha visto en la necesidad de acudir al mecanismo de la Acción de Tutela o quejas ante la superintendencia de salud que es la entidad encargada de la inspección, vigilancia y control de las EPS para la efectiva prestación de los servicios o la entrega de medicamentos(21).

Como evidencia dicha entidad reportó para el año 2018 un total de 1.010 PQRD de pacientes trasplantados renales y a Mayo del 2019 llevaban registradas 474 PQRD por la misma población, en su orden, el primer lugar de PQRD está encabezado por el motivo de falta de oportunidad en la entrega de medicamentos no POS , seguido por falta de oportunidad de entrega de medicamentos POS y en tercer lugar la falta de oportunidad en la asignación de citas de consulta médica especializada para éstos pacientes, dicho orden corresponde tanto para el año 2018 como para el año 2019.

Así mismo la Personería de Medellín reportó que para el año 2018 los pacientes trasplantados renales generaron un total de 118 tutelas y 56 incidentes de desacato; y a corte de Mayo del 2019 han presentado 50 acciones de tutela y 24 incidentes de desacato lo cual indica un aumento significativo de dichas acciones tutelas a la fecha con respecto al total del año anterior.

También, el laboratorio de Astellas, productor del medicamento Prograf, cuenta con un programa de apoyo a nivel nacional para los pacientes trasplantados el cual no discrimina

por EPS o régimen de salud, su nombre es “Imaginando el mañana”, el cual a partir de un call center realizan seguimiento a todos los pacientes trasplantados con dicho medicamento y aseguran su adecuada adherencia y genera intervenciones cuando los usuarios manifiestan algún tipo de barrera de tipo administrativo para la dispensación del medicamento de manera efectiva como por ejemplo, falta de autorización por parte de la EPS tanto para la cita médica como para los medicamentos, inexistencia de medicamento en el operador logístico o farmacia, no consecución de cita médica con el especialista en trasplante correspondiente, etc.

Éste programa también expone una realidad sobre las dificultades que actualmente presentan los pacientes con sus EPS; pues del número de casos que se han presentado desde el mes de Junio del 2018 hasta el mes de Junio del 2019 reportan que ha atendido 1803 casos de barreras administrativas de pacientes trasplantados tanto de hígado, corazón, riñón, riñón-páncreas, riñón-corazón y riñón-hígado, de éstos, los casos de trasplante de riñón, simple o combinado, representa el 83.74%; el 28% corresponde a los pacientes de Medimás, el 17 % a Coomeva y el 12% a la Nueva EPS, el 43% restante está representado por los casos de las demás EPS (45 EPS en total).

Las barreras existentes por falta de suministro de medicamentos corresponde al 72.7%, el 19% corresponde a la autorización de los medicamentos representa y el 8.2 por falta de asignación de cita médica por Especialista.

De acuerdo a todo lo anterior es preciso decir que es fundamental tomar medidas encaminadas a dar pronta solución a las barreras que están teniendo los pacientes en gran parte de ésta población, ya que de no hacerlo sólo se generará, primero pérdida de la condición de salud esperada para éstos pacientes y segundo una gran cantidad de recursos en salud como consecuencia de las complicaciones, riesgo de rechazo o pérdida de injertos que definitivamente pueden ser evitables.

Con respecto a todo lo anterior es claro como toda esa serie de inconvenientes conllevan, fácilmente a presencia de casos de rechazo de órganos, no adherencia al tratamiento y complicaciones posteriores que ponen en riesgo el órgano trasplantado.

### **3.5 Terapia inmunosupresora**

El tratamiento inmunosupresor es necesario mientras dure la función del injerto y su objetivo es prevenir o controlar la respuesta inmune del receptor contra el órgano trasplantado para incrementar la supervivencia del injerto y del paciente y mejorar la calidad de vida(15).

Este tipo de medicamentos, de acuerdo a la clasificación ATC (Sistema de Clasificación Anatómica), es el grupo de medicamentos más representativo por el costo que generó como agentes antineoplásicos e inmunomoduladores, los cuales durante los 6 años promediaron 46,3% del valor facturado por todos los MAC (Medicamentos de alto costo), seguido de los antiinfecciosos de uso sistémico (15,2%), las preparaciones hormonales sistémicas (9,5%) y los fármacos para sistema nervioso (9,1%), en tanto que los nueve grupos restantes solo generaron 19,8% de la facturación total(22), lo que genera tantas problemáticas.

Según lo anterior, el cumplimiento adecuado del tratamiento inmunosupresor es fundamental en este tipo de pacientes, ya que la no adherencia al tratamiento puede ser la causa de la pérdida del injerto renal; se ha comprobado lo importante que es seguir correctamente dicho tratamiento junto con hábitos de vida saludables para que mejore también la supervivencia del paciente(23), y además la necesidad de que las aseguradoras cumplan con el deber del suministro oportuno de dichos medicamentos pese a su elevado costo.

Algo importante con respecto a los inmunosupresores es que constituyen una categoría especial de fármacos que presentan características especiales que los hacen diferentes a otros grupos terapéuticos. Son fármacos de alto riesgo sanitario, ya que presentan una estrecha ventana terapéutica y tienen una alta variabilidad interpoblacional e intraindividual. Por lo tanto, fallos en la dosificación, aunque sean pequeños, pueden dar como resultado: 1) falta de eficacia con pérdida del trasplante; 2) una inmunosupresión excesiva acompañada de infecciones, o 3) efectos indeseables graves debidos a la toxicidad propia del fármaco(24).

Dicha terapia conlleva posibles efectos adversos o complicaciones: hiperlipidemia severa o no controlable, hipertensión severa o de difícil control, alteraciones neurológicas tipo temblor, difícil control de la diabetes mellitus, diabetes mellitus de nueva aparición, disfunción del injerto por posible nefrotoxicidad, episodios de gota que precisan tratamiento con Alopurinol para su control, cambios cosméticos diversos, entre otros(15); éstos efectos pueden interferir en el bienestar y calidad de vida de los pacientes trasplantados renales.

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo general**

Consolidar la información relacionada con los beneficios y dificultades de los pacientes con trasplante renal como problema de salud pública.

### **4.2Objetivos específicos**

- Realizar una revisión bibliográfica científica sobre publicaciones enfocadas a los pacientes con trasplante renal.
- Detallar limitaciones de la continuidad del tratamiento que se presentan en el sistema de salud posterior al trasplante renal que comprometen la calidad de vida de los pacientes trasplantados.
- Argumentar una postura crítica relacionada con la información bibliográfica existente del trasplante renal, sus beneficios, dificultades y sus efectos en la salud pública.

## 5. METODOLOGÍA

Ésta monografía es de tipo revisión, compilación, actualización con una revisión bibliográfica de tipo descriptivo y se realizó una búsqueda de información existente en Google académico y en la Biblioteca Fundadores con las diferentes bases de datos virtuales como son Lilacs, Scielo, Pubmed, además revisión en bibliotecas de diferentes Instituciones universitarias

La monografía fue realizada por 2 investigadoras quienes realizaron la búsqueda en las bases de datos mencionadas de manera individual y luego se socializó lo encontrado para realizar los ajustes pertinentes.

El plan de divulgación de los resultados será a través de la entrega del informe final a la Universidad CES.

## 6. DISCUSIÓN

El trasplante renal es el tratamiento de elección para los pacientes con Insuficiencia renal crónica terminal, de todo lo leído y encontrado, no hubo diferencia con respecto a dicha información; pese a esto no todas las condiciones están dadas, especialmente en nuestro país, para que dichos pacientes gozen de dicha alternativa como solución a su patología de base en su totalidad.

Es bien sabido que para que lo anterior ocurra se requieren de recursos suficientes y óptima administración de los mismos para que logre cubrir a gran parte de la población, éste no es el caso de Colombia, pues aunque las EPS y el Estado dispone de recursos para hacer efectivo el procedimiento del trasplante renal, en muchos casos, luego de que esto ocurre, muchos de los pacientes son abandonados en la continuación del seguimiento y mantenimiento requerido para que el trasplante sea exitoso.

Aunque no es la situación de todos los pacientes trasplantados, afortunadamente, sí existe un importante porcentaje de éstos a los que se les presentan barreras de tipo administrativo para el disfrute debido de su trasplante. De lo anterior parte una serie de preguntas como por ejemplo: ¿De qué sirve hacer efectivo el trasplante renal a un paciente con insuficiencia renal crónica terminal si en el postrasplante no se les aseguran los recursos para suministrarle sus medicamentos permanentemente, asignarles oportunamente las citas de control requeridas y finalmente por falta de ésto dicho trasplante termine generando rechazo de órgano, hospitalizaciones y complicaciones posteriores?, ¿Qué tipo de calidad de vida tienen los pacientes trasplantados renales que permanentemente viven con la angustia y el estrés por la lucha de sus derechos vulnerados interponiendo frecuentemente quejas, tutelas y desacatos?, ¿Cuántos recursos económicos públicos desperdician al no brindarles un tratamiento integral a éstos pacientes y por ende haciendo del trasplante un fracaso?, ¿En qué proporción afecta dicha situación al sistema de salud Colombiano?, ¿Cuántos recursos económicos se ahorrarían si se estableciera como una prioridad las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, especialmente la de la insuficiencia renal crónica terminal como enfermedad de alto costo?

Debe replantearse las acciones tomadas hasta el momento por parte de los entes de control, inspección y vigilancia con las EPS para exigir el cumplimiento oportuno a los pacientes que padecen de dichas situaciones y así mismo generar estrategias que mitiguen la situación actual de los mismos e indudablemente se debe replantear y disponer de los recursos necesarios para disminuir la incidencia de la insuficiencia renal crónica con las acciones pertinentes como principal medida para favorecer, no sólo la calidad de vida de los colombianos sino el sistema de salud en nuestro país.

## 7. CONCLUSIONES

- Al realizar esta monografía se ha concluido que la calidad de vida en pacientes trasplantados es más favorable que los pacientes que asisten a tratamiento de diálisis, esto se refleja en buen equilibrio emocional personal y familiar a pesar de múltiples barreras de accesos a la terapia posterior a cada trasplante, debido a trámites engorrosos.
- Es importante poner en conocimiento la respuesta del sistema de salud y de las entidades de control con respecto al tratamiento de alto costo de la insuficiencia renal más los pacientes que fueron trasplantados, los cuales se enfrentan a riesgos de rechazos por barreras administrativas y estructurales del sistema de salud.
- Es necesario tomar medidas para mejorar la calidad de la atención integral de pacientes trasplantados renales por medio de gestiones adecuadas por parte de la autoridad sanitaria, mediante el mejoramiento de procesos científicos, administrativos y financieros para obtener eficiencia en manejos de recursos, información epidemiológica y financiera que den cumplimiento a estándares de calidad de atención a pacientes trasplantados renales y por ende dar calidad de vida con sus tratamientos adecuados y a tiempo.

## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montoya Hincapié SM, Paja Becoche RM, Salas Zapata C. Calidad de vida en pacientes trasplantados renales de una institución prestadora de servicios de salud en Medellín, Colombia. *Univ Salud*. 30 de agosto de 2017;19(2):237. [citado 12 de diciembre de 2018]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072017000200237&script=sci\\_abstract&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072017000200237&script=sci_abstract&tlng=en)
2. DSSA. Antioquia demuestra que los trasplantes en Colombia si pueden funcionar [Internet]. 2014 [citado 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: [http://www.dssa.gov.co/donacionytrasplantes/index.php?option=com\\_k2&view=item&id=2:antioquia-demuestra-que-los-trasplantes-en-colombia-si-pueden-funcionar&Itemid=137](http://www.dssa.gov.co/donacionytrasplantes/index.php?option=com_k2&view=item&id=2:antioquia-demuestra-que-los-trasplantes-en-colombia-si-pueden-funcionar&Itemid=137)
3. Informe Ejecutivo Donación y Trasplantes 2016.pdf [Internet]. [citado 28 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Direcciones/RedesSaludPublica/DonacionOrganosYTEjidos/Estadisticas/Informe%20Ejecutivo%20Donaci%C3%B3n%20y%20Trasplantes%202016.pdf>
4. Comunicado\_de\_Prensa\_Dia\_Mundial\_del\_Donante.pdf [Internet]. [citado 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: [http://www.fasecolda.com/files/4015/0897/0354/Comunicado\\_de\\_Prensa\\_Dia\\_Mundial\\_del\\_Donante.pdf](http://www.fasecolda.com/files/4015/0897/0354/Comunicado_de_Prensa_Dia_Mundial_del_Donante.pdf)
5. Pérez M, Martín A, Galán A. Problemas psicológicos asociados al trasplante de órganos. *Int J Clin Health Psychol*. 2005;5:99-114. [citado 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/61165/problemas%20psicologicos.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra E, Ascencio-Mera CD, Díaz-Medina BA, Padilla-Altamira C, Kierans C. Viviendo con trasplante renal, sin protección social en salud: ¿Qué dicen los enfermos sobre las dificultades económicas que enfrentan y sus efectos? *Cad Saúde Pública*. octubre de 2014;30(10):2092-100. [citado 2 de diciembre de 2018]. Disponible en: [https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014001102092&script=sci\\_arttext&tlng=es](https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102-311X2014001102092&script=sci_arttext&tlng=es)
7. Olaya JM, González GMC. Soporte social percibido y calidad de vida de personas con enfermedad renal crónica sometidas a trasplante renal. *Av En Enferm*. 1 de julio de 2014;32(2):206-16. [citado 21 de abril de 2019]. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46099>

8. Sellares V, Pedrosa M, Santana B, García Z, Barroso M. Análisis de costes y perfil sociocultural del enfermo renal. Impacto de la modalidad de tratamiento. *Nefrología*. mayo de 2014;34:458-68. [citado 12 de junio de 2019]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v34n4/original2.pdf>
9. Lopera-Medina MM. La enfermedad renal crónica en Colombia: necesidades en salud y respuesta del Sistema General de Seguridad Social en Salud. *Rev Gerenc Políticas Salud*. junio de 2016;15(30):212-33. [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272016000100015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-70272016000100015&script=sci_abstract&tlng=pt)
10. Górriz J, Otero A. Impacto socio sanitario de la enfermedad renal crónica avanzada [Internet]. 2008 [citado 19 de abril de 2019]. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X0211699508032360>
11. Carrillo Algarra AJ, Moreno Rubio F, Massiel Sierra S. Actitud positiva, pilar básico del paciente trasplantado para gozar una nueva oportunidad de vida. *Index Enferm*. diciembre de 2017;26(4):295-8.
12. Guerra M, Vega P. El impacto social de la donación de órganos en Colombia [Internet]. 2012 [citado 29 de julio de 2019]. Disponible en: [file:///C:/Users/lina/Desktop/Dialnet-ElImpactoSocialDeLaDonacionDeOrganosEnColombia-4929390%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/lina/Desktop/Dialnet-ElImpactoSocialDeLaDonacionDeOrganosEnColombia-4929390%20(1).pdf)
13. García-García G, Harden P, Chapman J. El papel global del trasplante renal. *Nefrol Madr*. 2012;32(1):1-6. [citado 01 de diciembre de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0211-69952012000100001](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-69952012000100001)
14. Chicaíza L. Health market failures in Colombia: The chronic renal insufficiency case. *Rev Econ Inst*. junio de 2005;7(12):191-208. [citado 29 de julio de 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-59962005000100009&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-59962005000100009&script=sci_arttext&tlng=pt)
15. Martín P, Errasti P. Trasplante renal. *An Sist Sanit Navar*. agosto de 2006;29:79-91. [citado 02 de diciembre de 2018]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272006000400008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400008)
16. Daga Ruiz D, Fernández Aguirre C, Segura González F, Carballo Ruiz M. Indicaciones y resultados a largo plazo de los trasplantes de órganos sólidos: Calidad de vida en pacientes trasplantados. *Med Intensiva*. agosto de 2008;32(6):296-303. [citado 02 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/medinte/v32n6/revision.pdf>
17. Guerrero SCC. Evaluación y aplicación del manejo y definición del concepto de alto costo en salud y la problemática del tratamiento de las enfermedades de alto costo. 2014;62. Bogotá: Universidad de Santo Tomás; 2014. [citado 02 de diciembre de 2019].

- 2018]. Disponible en:  
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/384/EVALUACION%20Y%20APLICACION%20DE%20LA%20%20DEFINICION%20DEL%20CONCEPTO%20DE%20ALTO%20COSTO%20EN%20SALUD%20Y%20SU%20PROBLEMATICA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Romero RV. Reducción de los derechos sociales. *Ciênc Saúde Coletiva*. junio de 2011;16:2694-6. [citado 29 de julio de 2019] Disponible en:  
[https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000600007&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232011000600007&script=sci_arttext&tlng=en)
19. Rengifo DCH. Experiencias de enfermedad y corporalidad en jóvenes trasplantados adscritos a la unidad de trasplantes de la fundación valle del lili de la ciudad de cali . [Trabajo de grado]. Santiago de Cali: Universidad ICESI; 2013. [citado 02 de diciembre de 2018] Disponible en:  
[https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/58330478/experiencias\\_enfermedad\\_corporalidad.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dexperiencias\\_enfermedad\\_corporalidad.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190821%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4\\_request&X-Amz-Date=20190821T120329Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=52ca698d9a5efec7280f5b9b7c7b495b336a1be03ee93e5796ae3b8ea8575e49](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/58330478/experiencias_enfermedad_corporalidad.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3Dexperiencias_enfermedad_corporalidad.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A%2F20190821%2Fus-east-1%2Fs3%2Faws4_request&X-Amz-Date=20190821T120329Z&X-Amz-Expires=3600&X-Amz-SignedHeaders=host&X-Amz-Signature=52ca698d9a5efec7280f5b9b7c7b495b336a1be03ee93e5796ae3b8ea8575e49)
20. Carrillo-Algarra AJ, Mesa-Melgarejo L, Moreno-Rubio F. Care in a Kidney Transplant Program: Accompaniment and Support. *Aquichan*. abril de 2015;15(2):271-82. [citado 29 de julio de 2019] Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000200010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972015000200010&script=sci_arttext&tlng=pt)
21. La perdida de oportunidad en la recuperacion de los pacientes.pdf [Internet]. [citado 29 de julio de 2019]. Disponible en:  
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/22558/1/La%20perdida%20de%20oportunidad%20en%20la%20recuperacion%20de%20los%20pacientes.pdf>
22. Machado Alba JE, Moncada Escobar JC. Evolución del consumo de medicamentos de alto costo en Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. abril de 2012;31:283-9. [citado 29 de julio de 2019] Disponible en: [https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892012000400003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1020-49892012000400003&script=sci_arttext&tlng=pt)
23. Durán Muñoz MI, Lope Andrea T, Pino Jurado MR del, Chicharro Chicharro MC, Matilla Villar E. Adherencia al tratamiento inmunosupresor en el paciente adulto con trasplante renal. *Enferm Nefrológica*. diciembre de 2012;15(4):300-5. [citado 19 de junio de 2019] Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842012000400010&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S2254-28842012000400010&script=sci_arttext&tlng=pt)

24. Baquero A, Alberú J. Desafíos éticos en la práctica de trasplantes en América Latina: Documento de Aguascalientes. Nefrol Madr. 2011;31(3):275-85. [citado 18 de abril de 2019] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefrologia/v31n3/especial.pdf>

## **9. AGRADECIMIENTOS**

Queremos darle el agradecimiento por apoyar en la realización de dicha monografía de una u otra forma al asesor Juan David Ramírez, a la docente Carolina Salas y a la Superintendencia de salud, Personería de Medellín y el programa Imaginando el mañana del laboratorio de Astellas quienes actuaron como entes vitales para obtener información de primera mano y cumplir los objetivos de dicho trabajo final.