



## Acta de la Sesión de la ANMM del 3 de agosto del 2016

### Presentación del trabajo de ingreso:

#### **Revisión histórica de Sarcoma de Kaposi en la era pre-TARAA: evolución con diferentes esquemas de quimioterapia y remisión con el uso de Ganciclovir-Dra.**

Patricia Amalia Volkow Fernández

La Dra. Volkow presentó su trabajo de ingreso que consistió en un estudio retrospectivo de casos de SIDA que cursaron con Sarcoma de Kaposi (SK) y que fueron tratados en el Instituto Nacional de Cancerología (INCan) antes del año 1996 cuando surgió la “terapia antiretroviral altamente activa (TARAA), que consiste en la combinación de un esquema ahorrador de inhibidores de proteasas, así como la combinación de algunos inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa.

El SK fue descrito por primera vez en el siglo XIX y su incidencia aumento cuando se empezó a utilizar la inmunosupresión para evitar el rechazo de los trasplantes. Sin embargo durante la epidemia de VIH-SIDA su prevalencia fue mucho mayor, ya que es la neoplasia más frecuente en pacientes con SIDA, al punto de que se considera que el SK es una segunda epidemia asociada a la epidemia de SIDA. Los pacientes con SIDA tienen una probabilidad 20,000 veces mayor de tener SK que la población en general y 300 veces mayor que pacientes con una inmunosupresión por un trasplante.

Esta neoplasia afecta el aspecto físico pues produce lesiones de placa en piel, paladar, pulmón y tubo digestivo.

El virus causante del SK fue descrito en 1994, es el virus del herpes humano número 8 (HHV8). Este virus no codifica para genes transformadores, pero tiene genes que mimetizan a los oncogenes humanos. Este virus se ha identificado en todas las lesiones del SK.

Antes de la terapia con retrovirales se daba quimioterapia para tratar al SK, pero no se debe usar este tipo de tratamiento, ya que la quimioterapia incrementa la inmunosupresión del paciente y agrava el SK.

La Dra. Volkow comentó que con la TARAA los pacientes con SIDA pueden tener una remisión completa del SK cuando se revierte la inmunosupresión causada por el VIH. También dijo que antes del TARAA se daba en algunos casos el antiviral Ganciclovir como profilaxis secundaria para evitar la infección con citomegalovirus.

El objetivo del estudio retrospectivo presentado por la Dra. Volkow fue el de buscar en los expedientes del INCan, antes del TATAA, a aquellos con SK que habían recibido Ganciclovir por más de 21 días, y comparar su evolución con pacientes que en esa misma época no hubieran recibido este antiviral.



La Dra. Volkow relató que en 1985 fue el primer caso de SK relacionado a SIDA que se trató en el INCan, y que encontró 159 expedientes antes de TARAA de los que había información completa, y de ellos 12 recibieron Ganciclovir, como parte de su tratamiento. Sin embargo, el estudio de la Dra. Volkow sólo se basó en el análisis de 4 casos, ya que el resto no pudo incluirse por distintas causas como que algunos de los pacientes, además de Ganciclovir recibieron esteroides.

Es importante el resultado de que los 4 pacientes que recibieron Ganciclovir por más de 21 días tuvieron una remisión completa del SK, mientras que de 150 pacientes que no recibieron Ganciclovir, sólo 6 tuvieron una remisión completa, y ninguno de los que recibió quimioterapia.

En cuanto al cuadro clínico de los que recibieron Ganciclovir, 3 de los que entraron en remisión tenía inmunosupresión medida por el nivel de células CD4, y actualmente 2 de ellos se encuentran vivos y con niveles altos de CD4.

La Dra. Volkow analizó también a los pacientes que recibieron quimioterapia en la era pre TARAA y comentó que existe una diferencia altamente significativamente de supervivencia de los que fueron tratados con doxorrubicina, bleomicina y vincristina (ABV) comparado con bleomicina y vincristina (VB) o sólo vincristina B, ya que la media de sobrevida es de 161 días, contra 365 días.

**Comentarista**-Dr. Samuel Ponce de León Rosales

El Dr. Ponce de León comentó que todos los presentes habíamos atestiguado una epidemia, muchos vivimos la epidemia de VIH, que fue un golpe brutal que surgió de la nada. En ese momento poco sabíamos de virus, y del cáncer asociado al SIDA. Adicionalmente se refirió a como la epidemia del SIDA y la evolución que ha tenido el manejo de esta enfermedad, se refleja en la lucha por los derechos de los homosexuales. En el escenario de la epidemia de SIDA dio cuenta de cómo se definió la etiología de esta enfermedad y la evolución de su tratamiento. Se refirió además, a cómo surgieron las organizaciones de homosexuales, y la lucha por tener tratamientos equitativos y universales.

La epidemia paralela del SK, representó el estigma, rechazo y dolor de muchas personas.

El trabajo de la Dra. Volkow tiene gran valor ya que rescata los primeros años de la epidemia en el INCan, y estudia el efecto de diversos enfoques terapéuticos usados entre 1985 y 1996. En ese lapso hay un registro de 155 pacientes con SIDA y SK, y el estudio retrospectivo se enfoca al grupo de los que se trataron con Ganciclovir.

Otras circunstancias que se rescatan del estudio de ese periodo de la epidemia es que de los 35 mil casos registrados, el acceso a la atención en instituciones de salud era muy



baja, y muy pocos pacientes tuvieron acceso al Ganciclovir (sólo el 8%) y al tratamiento con inhibidores de transcriptasa reversa.

Por otra parte comentó que el estudio de la Dra. Volkow no permite una validación estadística, pues se basa en la comparación de grupos impares. Su conclusión se basa en el análisis de 4 enfermos que cumplieron con las características de inclusión planteadas. Además en el periodo estudiado se presentaba como escenario terapéutico un panorama cambiante.

Resaltó que si bien sólo se pueden obtener conclusiones sólidas mediante estudios controlados, cuando la única opción posible es el estudio de casos, como es el caso del trabajo de ingreso que comentaba, es factible llegar a planteamientos valiosos.

El estudio da un panorama de la epidemia, que permite estudiar y resolver problemáticas actuales.

Para terminar felicitó a la Dra. Volkow y le deseó mucho éxito.

### **Simposio**

#### **Enfermedad renal crónica: Los retos globales y nacionales de una epidemia creciente.**

**Coordinador**-Dr. José Ricardo Correa Rotter.

**La enfermedad renal crónica en México y el mundo: el porqué del crecimiento y del estado actual de una epidemia global y nacional**-Dr. José Ricardo Correa Rotter  
Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ)

El Dr. Correa agradeció al Dr. Graue, Presidente de la ANMM y al presídium, y dijo estar muy honrado de coordinar el simposio acompañado por prestigiados nefrólogos y cirujanos de trasplantes.

Comentó que la enfermedad renal crónica (ERC) es una epidemia creciente de gran magnitud, y dijo que daría un marco de referencia para entender el problema que se trataría que estamos hablando. La ERC se trata de una entidad sintomática que tiene una evolución común que lleva a un estado de disfunción renal, y que es causada por una lista de patologías. Desde hace un poco más de medio siglo hay terapia para tratar la ERC, por lo que se trata de un enfoque relativamente nuevo.

La terapia de sustitución de la función renal ha cambiado el panorama de la ERC, pues antes de que se tuvieran los tratamientos las personas con insuficiencia renal estaban destinadas a morir.



Reseñó que el tratamiento en Boston de los años 50s, de un hombre que tenía un gemelo idéntico fue el caso que abrió la puerta del trasplante renal.

Planteó lo que ha pasado con el crecimiento de los casos de ERC. En el año 2016 hay 3.8 millones de personas en diálisis, y en el 2013 había cerca de 700, 000 pacientes a los que se les ha trasplantado un riñón. El problema es que la ERC crece en 6% anual y las terapias no tan rápido, por lo que cada vez aumenta más el déficit de personas que pueden ser atendidas. En este sentido mostró una lista, en la que se muestra que en 110 países no había terapia en el año 2000 y para en el 2014, los países en los que se realiza el mayor número de tratamientos son EUA, China, Japón, Brasil y México. En nuestro país se realizan el 2% de los tratamientos de diálisis y tenemos el 4% de los casos a nivel mundial, dato que muestra el enorme rezago que tenemos. Adicionalmente comentó que muchos países todavía no cuentan con la disponibilidad de terapias de diálisis. Este fenómeno se presente en los que en EUA se denomina “rest of the world” (ROW) que incluye países en desarrollo.

El número de pacientes en terapia sustitutiva en América Latina es de 700 pacientes por millón de habitantes. Este tratamiento ha crecido, pero no a la velocidad que debiera. En este sentido los países del Cono Sur son los que son líderes en cuanto a terapias

Resaltó los esfuerzos que se han hecho para aumentar la cobertura de la diálisis, pues en los últimos años se pasó de una prevalencia de 130/millón a 850/millón.

El Dr. Correa presentó algunas de las causas del incremento de casos de la ERC, y señaló a las enfermedades no trasmisibles como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares.

Resaltó que más del 50% de los casos de ERC se asocian a diabetes, y que México, ocupa el primer lugar si se considera la carga de enfermedad (medida en años de vida saludable perdidos) por afección renal por diabetes en el mundo. Adicionalmente comentó que la ERC también es importante en e otros países como Arabia Saudita.

Estos datos muestran que la ERC es un problema de salud pública enorme en nuestro país. Comentó que es distinto a lo que pasa en EUA, pues en ese país hay menos años perdidos por muerte prematura, pero más discapacidad.

La epidemia de ERC se agrava en México por la profunda inequidad que hay entre las instituciones del sector salud. El Dr. Correa mostró los datos de los pacientes con ERC atendidos en las distintas instituciones, lo que sustenta esta situación, y resaltó que este padecimiento no se cubre por el seguro popular.

El Dr. Correa señaló que es necesario que la ERC en México tenga un manejo adecuado y justo. Para ello es necesario tomar acciones que requieren recursos, planeación y comunicación intersectorial. Se requiere desarrollar un Plan Nacional que considere



este problema en forma integral para revertir el rezago en el mediano plazo; otorgando más y mejores recursos a esta área de la salud. Si bien las acciones se deben plantear a mediano plazo, es urgente un registro de enfermos renales. Esto debe ir aparejado al desarrollo de un programa preventivo, y debe contemplar el otorgar terapias de sustitución renal de manera universal a quien lo necesite.

**Insuficiencia renal aguda como causa de enfermedad renal crónica. ¿Un nuevo paradigma?-. Dr. Armando Vázquez Rangel. Experto en enfermedad renal aguda (ERA) del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (INCard)**

Para iniciar su intervención el Dr. Vázquez agradeció la oportunidad de participar en el simposio.

Resaltó el gran impacto que tiene la lesión renal aguda (LRA) a nivel mundial, ya que 1 de cada 4 pacientes hospitalizados a nivel mundial, cursan con lesión renal aguda y uno de cada 4 de los que la presentan fallecerá.

En el caso de EUA cada año, 1.2 millones de personas tienen LRA, lo que representa un impacto en mortalidad.

En cuanto a la LRA en personas de edad avanzada, el Dr. Vázquez dijo que las tasas son muy altas 3-12/100 personas sanas. Es muy clara la relación.

Comentó que su intervención se relacionaría a mostrar cómo la LRA se relaciona con la ERC, pues si parece haber una relación de causalidad entre estos padecimientos que antes se creían independientes. La evidencia actual, que presentó el Dr. Vázquez, en el sentido de que padecer una LRA es una causa de ERC, hace ver que hay miles de pacientes con ERC que pudieran haberse prevenido de haberse evitado la lesión aguda. Por ejemplo, ahora se sabe que en el caso de los pacientes de cirugía cardíaca, en el 70% y el 80% de los casos presentan ERC en los siguientes años.

Los datos muestran que a mayor severidad de la lesión aguda se aumenta el riesgo de ERC y llega a ser hasta 28 veces mayor que el de la población en general. Así pues si la LRA tiene el nivel 1, el riesgo ERC es el doble, mientras que en el nivel 3 de LRA muchos llegan a presentar ERC dependiente de diálisis, y el riesgo es mayor en personas de edad avanzada. En los casos en los que se presentan dos eventos de LRA, se supera cualquier factor de riesgo para que se presente la ERC.

El Dr. Vázquez comentó que el riesgo a largo plazo de ERC en niños con un evento de LRA, aumenta después de menos de 10 años, pero hace falta un mejor seguimiento de los casos para tener datos confiables.

Con base en el conocimiento que se tiene sobre la relación de la LRA con la ERC, es necesario establecer las condiciones para tener una menor tasa de progresión entre ambos padecimiento. Se sabe que la severidad de daño agudo predice la progresión a la



ERC, por tanto es importante que luchar por que se logre la total regeneración de la LRA, así como prevenir su aparición.

El Dr. Vázquez comentó que de los pacientes que presentan una LRA y sobrevive su tasa de presentar ERC es de 18 por 100,000, mientras que en la población en general es de 4.5 por 100,000. Estos datos sugieren que una cuarta parte de los pacientes con ERC pudieran deberse a que presentaron tiempo antes una LRA. Asimismo comentó en relación a la severidad de la LRA, que en los siguientes 90 días del evento, 10% a 15% de los pacientes mueren, el 10% de los pacientes ya están independientes de diálisis, y que el 30% estarán en diálisis por un periodo prolongado.

Por otra parte presentó datos que muestran que es muy importante que los pacientes con LRA se mantengan en seguimiento con un nefrólogo después del evento agudo, ya que las curvas de funcionamiento renal de las poblaciones con y sin seguimiento por un nefrólogo son distintas, siendo mejores en las que fueron atendidos por este tipo de especialistas. Así pues, es fundamental identificar los factores de riesgo para ERC y dar seguimiento a los pacientes que sufrieron LRA. Hay que evitar la mortalidad por ERC en casos prevenibles.

Por otra parte el Dr. Vázquez comentó algunas acciones realizadas desde el 2014 en el proyecto de colaboración interinstitucional llamado KIDNEY, en el que participan diversos hospitales. En el marco de este proyecto se realizan cursos para identificar oportunamente la LRA, así como para reducir los eventos de este padecimiento.

Para terminar su intervención el Dr. Vázquez resaltó que la relación de causalidad entre la LRA y la ERC es muy sugestiva, por lo que se dar un buen seguimiento a los pacientes con LRA y las acciones de prevención pertinentes, el impacto que se tendrá sobre la ERA va a ser muy alto. Es por ello que se deben reforzar los esfuerzos de prevención y formación de recursos humanos en el área.

### **Terapias dialíticas: presente y futuro en la práctica nefrológica y en la atención de la enfermedad renal crónica-Dr. José Dante Amato Martínez**

El Dr. Amato le agradeció al Dr. Correa por la invitación al simposio.

Comentó que en los años recientes, 1 de cada 5 pacientes en diálisis peritoneal en el mundo está en México. Asimismo dijo que el estudio hecho en México, por investigadores mexicanos más citado es de diálisis peritoneal.

Existe la percepción de que la hemodiálisis es más efectiva y que hay que aumentar los pacientes que usan este tipo de terapia, pero no hay datos que sustenten esta afirmación.

En muchos países se usa mayoritariamente la hemodiálisis; en el caso de EUA el 95% de los pacientes son tratados con esta modalidad, y sólo el 5% reciben diálisis



peritoneal, según datos de “The United States Renal Data System (USRDS)\*. Mientras que en el Reino Unido el 75% están con hemodiálisis y el 25% en diálisis peritoneal. En México en el 2008, se reportó que la relación de diálisis peritoneal a hemodiálisis era de 3 a 1. Mientras que en el 2013, según el registro jalisciense ya casi se usaban este tipo de terapia de sustitución en un 50%, que es lo que recomienda el Dr. Malaquías López Cervantes de la Facultad de Medicina de la UNAM en una de sus publicaciones. Sin embargo los datos del sistema jalisciense no son muy confiables ya que reporta datos de prevalencia de ERC que no concuerdan con los de otros autores.

Adicionalmente, el Dr. Amato resaltó que en la literatura científica hay datos que sustentan que la eficiencia de la diálisis peritoneal es similar o superior a la de la hemodiálisis. Por tanto lo sorprendente no es que en México se use tanto, sino que en el resto del mundo se use tan poco. Comentó que ambos tipos de diálisis son opciones viables y en un solo paciente es factible podrían usar todas incluyendo el trasplante renal, dependiendo de la que esté mejor indicada. Sobre todo ya que haber usado una terapia de sustitución, no impide que se use otra.

El Dr. Amato señaló algunas deficiencias en el tratamiento de la ERC en México. Una de las más importantes es que existen múltiples instituciones que atienden esta enfermedad y cuentan con parámetros que no son comparables. En este sentido recalco que el seguro popular no cubre diálisis y trasplantes. Otro factor importante es que los gastos administrativos en materia de salud son muy altos.

Comentó además, que no sólo hay una fragmentación en los servicios de salud, sino que dentro de una misma institución puede variar mucho la calidad de la atención, Así pues el Dr. Amato mostró datos de 5 hospitales del IMSS que tuvieron diferencias de mortalidad importante de pacientes con ERC. También comentó que sólo el 3% de las instituciones que atienden pacientes con ERC tuvieron calidad muy buena, mientras que, 60% presentaron una muy mala calidad.

Señaló que desde el punto de vista ético todas las terapias sustitutivas deberían estar totalmente disponibles para la población mexicana.

Otro problema que presentó el Dr. Amato es el de la falta de estudios epidemiológicos sobre ERC. Señaló que el estudio de Morelia llevado a cabo en el año 2000 y en el que él participó, se ha citado mucho a falta de datos más recientes y representativos a nivel nacional.

En cuanto al registro latinoamericano de la ERC y las terapias sustitutivas, comentó que existe una relación entre el PIB de los distintos países y la disponibilidad de estos tratamientos.

En México es urgente que se desarrolló un registro nacional de diálisis y trasplantes. Se necesita para conocer las características clínicas y demográficas de los pacientes con



ERC que son atendidos, pero no funcionará para saber la prevalencia de esta enfermedad, si no se tiene una cobertura cercana al 100%, pues existiría un sesgo de la población que sí tiene acceso a los servicios de salud. Para tener una idea de la prevalencia en nuestro país, se requiere un estudio trasversal usando una muestra representativa a nivel nacional. Comentó que sería muy bueno usar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) para explorar la prevalencia de la ERC, midiendo entre los encuestados la tasa de filtración glomerular.

**El trasplante renal: presente y futuro en el tratamiento de la enfermedad renal crónica**-Dr. Alan Contreras Saldivar. Cirujano, especialista en trasplantes INCMNSZ. Trabajó una década en Nueva York, hace 3 años se incorporó.

El Dr. Contreras agradeció la invitación y comentó que presentaría qué ha aprendido sobre trasplantes en México, y cuáles son las áreas de oportunidad en nuestro país.

Presentó una publicación de 1936 en la que se hizo un trasplante de riñón en la pierna, y el órgano se perdió de inmediato. Comentó que las primeras diálisis se llevaron a cabo en EUA en 1947, y en 1954 se llevó a cabo el primer trasplante renal en Boston en gemelos idénticos. Después hubo otros intentos con malos resultados, pues se presentaban problemas de rechazo del órgano trasplantados. Esta situación cambió cuando se desarrollaron terapias con inmunosupresores que pueden ser aplicados a largo plazo.

Presentó datos de EUA en cuanto a la supervivencia a 5 años cuando reciben un trasplante de riñón comparados a cuando se someten a hemodiálisis o diálisis peritoneal; mientras los pacientes trasplantados tienen una sobrevida muy alta, los que son tratados mediante diálisis sólo sobrevive el 50% en 2 años y medio. No se cuentan con datos de lo que sucede en nuestro país.

Se sabe que los pacientes en diálisis con mucha frecuencia mueren por eventos cardiovasculares, y que la muerte por esta causa sucede con una frecuencia 3 veces mayor en pacientes con diálisis, que en los que fueron trasplantados. La diferencia en sobrevida de los trasplantados se ve en todos los grupos de edad e incluso en los casos en que los donantes del riñón, no son los ideales.

En cuanto a la susceptibilidad a infecciones, se ve que la admisión a los hospitales por esta causa es mayor en diálisis que en trasplantes, aunque los trasplantados tomen inmunosupresores. Otra ventaja del trasplante es que el costo del tratamiento a largo plazo es más elevado en el caso de la hemodiálisis o la diálisis peritoneal, con respecto al trasplante, en todo el mundo.

En suma las ventajas del trasplante sobre la diálisis son:



Los pacientes tienen una mayor supervivencia, con una mejor calidad de vida, y el tratamiento es más barato.

El Dr. Contreras comentó que el trasplante hay que hacerlo lo antes posible, y que es mayor la sobrevivencia de los pacientes, si no pasaron por diálisis antes del trasplante.

En cuanto al donante vivo, el Dr. Contreras comentó que si es sano, no se modifica su calidad de vida ni afecta su sobrevivencia. Presentó, cómo se realizan en el INCMNSZ las cadenas de donantes, así si se consigue un donante, se busca la mejor opción para recibir el órgano entre los que esperan un trasplante y tiene un posible donador que no es compatible, haciendo así los intercambios de donador de modo que se puedan hacer matches con un mayor número de pacientes y poder trasplantar a más pacientes. Con esta estrategia se llevó a cabo una cadena de 4 en el INCMNSZ.

Desafortunadamente un gran número de los pacientes que están en una lista de espera, mueren sin ser trasplantados. Para minimizar estos casos se deben de tomar diversas acciones en nuestro país. Es necesario contar con una serie de criterios extendidos y un sistema de regionalización que permita tomar las decisiones más adecuadas. Planteó que para cumplir con los principios éticos que deben respaldar a las decisiones sobre la asignación de los órganos a los pacientes, se debe desarrollar un sistema de puntaje que determine la prioridad para ser trasplantado. Este sistema se hace ya en muchos países, pero en México no lo tenemos.

En cuanto a los trasplantes el Dr. Contreras comentó que en 2015 se hicieron 2000 en el país, cifra que representa el 1% de lo que se requiere. Actualmente hay 12,000 personas en la lista de espera y deberían ser mucho más.

El mayor problema consiste en que en México hay un rezago muy grande de donantes vivos, o cadavéricos. Así pues de todas las muertes cerebrales que se registran en el país sólo aprovechamos una pequeña parte, la mayoría las estamos desperdiciando. Este problema se agrava ya que tenemos un sistema fragmentado de salud. Al no haber una lista regional que priorice a los enfermos por su gravedad, es imposible salvar al enfermo que más lo necesita. Otro problema es que no hay claridad de criterios entre los centros que hacen trasplantes. Existen 240 centros autorizados para realizar trasplantes, y el año pasado la mayoría no hizo uno solo.

Comentó que el futuro del trasplante al que aspiramos en México, es ya el presente en otros países. Los elementos que deben cumplirse para tener un nivel aceptable de trasplantes al año son:

- Tener una lista priorizada de pacientes que esperan un órgano
- Que la distribución de órganos sea justa.
- Tener menos centros autorizados que lleven a cabo más trasplantes cada uno.



- Hacer una evaluación de los hospitales que están autorizados para realizar una donación de órganos.
- Autorizar a más hospitales para la donación de órganos.
- Contar con un Ministerio Público especializado para el tema de donación de órganos.
- Realizar una campaña de educación y sensibilización de la población para promover la cultura de la donación.

### **Discusión y conclusiones.**

Al terminar la sesión el Dr. Correa dijo que se habían presentado diversos temas relacionados con la ERC, pero que no habían tratado con profundidad el tema del diagnóstico temprano y la prevención que constituyen unos de los retos más importantes en el manejo de esta enfermedad, y que constituyen el único futuro viable para contender con la epidemia en la que estamos metidos y que parece que se agravará.

- El Dr. Alejandro Treviño comentó que el simposio había sido muy interesante. Asimismo resaltó el esfuerzo que se ha hecho en México durante los últimos 20 años; dijo que había sido muy grande para tratar a los pacientes con ERC. Así pues, es necesario destacar que como país hemos progresado; sin embargo, es claro que no se ha hecho lo suficiente. Además preguntó, si no se está realizando una sobre-diálisis de algunos enfermos, que están llegando demasiado temprano a diálisis. Cuestionó si tal vez no sabemos actuar adecuadamente en este renglón porque puede haber un conflicto entre los especialistas que ven a los enfermos.

A su intervención se le comentó que sí puede haber un problema ya se tomó una decisión errónea en el IMSS al determinar que la diálisis peritoneal correspondía al segundo nivel de atención, y por tanto debe ser una decisión de los especialistas.

Adicionalmente se le dijo que mientras más enfermos se manden a diálisis, se acentuará más la diferencia de la realización de trasplantes renal que se requiere hacer en el país. Lo que hay que hacer es aumentar los trasplantes.

El Dr. Correa dijo que coincidía con el Dr. Treviño en el sentido de que se han hecho esfuerzos importantes, pero la situación nos está rebasando y es momento de llevar a cabo un plan nacional con colaboración institucional, que no dependa de los funcionarios que estén al frente de las instituciones de salud durante un sexenio. Resaltó que mientras no haya planeación a largo plazo no habrá una verdadera solución del problema.



Adicionalmente comentó que fue muy importante el impulso que se dio a la diálisis peritoneal, pues gran parte de la población que ahora está en diálisis estaba condenado a muerte. Dijo que la hemodiálisis se realiza en muchas ocasiones a los pacientes que estaban en diálisis peritoneal, pero a los que el peritoneo les falló.

El Dr. Amato, recalcó que fue un error pasar la diálisis peritoneal al segundo nivel de atención, ya que con esa decisión dejaron sin experiencia en diálisis peritoneal a los residentes en nefrología. Señaló que no debe haber especialistas en un tipo de diálisis, pues dejan a los pacientes sin oportunidad de entrar a la otra opción. Sería importante realizar protocolos para comparar los dos tipos, pero no se puede pues la mayor parte que llegan a hemodiálisis es porque ya fracasaron en la peritoneal.

- El Dr. Fajardo comentó que la no inclusión de la ERC en la cobertura del Seguro Popular debe de haberse basado en la evaluación de algunas estadísticas, pero se ha dicho en la sesión que no se cuenta con estas cifras. Con base a esto, preguntó si se tiene un cálculo de cuál sería el presupuesto anual necesario para incluir la diálisis.

El Dr. Correa le dijo que sería necesario especular para dar un estimado, pero que los números son grandes. Adicionalmente comentó que recientemente en el sector salud se hizo un recorte de 6000 millones de pesos. Dijo que en algunos países como Chile, Uruguay, Argentina, y Venezuela tienen cobertura universal del ERC, pero estos países invierten el 11% del PIB en salud, mientras que en México, sólo se asigna a la salud cerca del 6% del PIB.

- El Dr. Mansilla dijo que había sido una excelente sesión. Que los datos que muestran que la ERC está relacionada a diabetes, o a la LRA, hacen que nos cuestionemos qué estamos incidiendo en la evolución de la enfermedad.

El Dr. Vázquez Rangel comentó al respecto, sobre cómo incidir en la progresión de una enfermedad que tiene diferentes ángulos, que debemos trabajar en la prevención de la ERC y para ello lo mejor es tratar bien a la LRA, de modo que se logre la mejor recuperación. Es importante detectar a los pacientes con un riesgo elevado de ERC y hacer esquemas de prevención para permearlos a los distintos niveles de atención. Recalcó que es muy importante que a los pacientes con ERC se les dé seguimiento con un nefrólogo, y que también intervenga un equipo multidisciplinario. Se tiene que hacer todo esto pues no hay un medicamento mágico para evitar la progresión de la ERC.

El Dr. Contreras comentó con respecto a los trasplantes que el Centro Nacional de Trasplantes (CENATRA) debe dedicarse a ser una institución que se avoque a



desarrollar un sistema de registro, no a llevar a cabo trasplantes. Recalcó que actualmente en México no se lleva a cabo una distribución de órganos por gravedad de los pacientes, sino que el hospital en el que se encuentra el donador, los distribuye con un sistema de rotación en el que va dando a distintas instituciones según el periodo que ha pasado desde que le dio un órgano. Aceptó que muchas instituciones hacen un esfuerzo enorme, pero para que sea eficiente hay que organizar las listas de prioridad de los pacientes a trasplantar.

El Dr. Correa complementó esta intervención señalando que México es uno de los 10 países del mundo en el que se realizaran más trasplantes en números absolutos, pero si veos este valor per cápita somos el número 9 de Latino América. Recalcó que debemos por lo menos triplicar los trasplantes que llevamos a cabo en nuestro país.

- El Dr. Fabio Salamanca, dijo que el Dr. Dante Amato con toda su modestia no había hecho alusión a la aportación que el realizó, que no sólo tuvo impacto en nuestro país, sino que era de trascendencia internacional. En el Hospital de Especialidades del IMSS llevó a cabo una optimización del proceso de diálisis que ahora se encuentra incluido en las guías de práctica clínica, mediante el que se disminuyó la cantidad de solutos utilizados en la diálisis, lo que disminuye el costo. Quiso resaltar este logro.
- Para terminar la sesión, el Dr. Enrique Graue, Presidente de la ANMM comentó que había sido una magnífica sesión, en la que había quedado claro que para contender con la ERC se tendría que atacar con más intensidad los procesos que intervienen en los años por venir, y dijo que podían contar con esta Academia en este proceso.

\* <https://www.usrds.org/>

**\*El texto de esta ponencia se encuentra disponible en la página de la ANM**