



Acta de la Sesión de la ANMM del 25 de mayo del 2016
Sesión Conjunta con la Fundación Mexicana para la Salud Hepática, FUNDHEPA.
Retos vigentes en hepatología en México.

Coordinador: Dr. Enrique Wolpert Barraza

Introducción. Dr. Enrique Wolpert Barraza

El Dr. Wolpert agradeció la presencia del Dr. Graue, Presidente de la ANMM y de los ex presidentes de esta Academia, así como la posibilidad de realizar un año más una sesión conjunta entre la Fundación Mexicana para la Salud Hepática, (FUNDHEPA) y la ANMM. Este simposio culmina las actividades de todo el día en el que se conmemora el día de la salud hepática, y se ha realizado ya por 10 años consecutivos. Dijo que en cada una de las ponencias que se expondrán en el simposio se verá que si bien hemos aumentado el conocimiento en cuanto a la etiología, fisiopatología y evolución de los pacientes con afecciones hepáticas, persisten grandes retos en esta área.

Diabetes e Hígado. Dr. Jonathan Aguirre

El Dr. Aguirre al saludar, agradeció la invitación para participar en el simposio, dijo que la relación de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con las afecciones hepáticas es un tema muy importante que fue tocado durante todo el día de la salud hepática.

Comentó que para entender en dónde se origina la relación entre la DM2 y las afecciones hepáticas es necesario conocer las funciones del hígado. En este sentido, resaltó su función en la depuración de tóxicos, el metabolismo de carbohidratos y lípidos, y la gluconeogénesis.

Una de las características del desarrollo de la DM2 es la aparición de la resistencia a la insulina, de modo que esta hormona no puede hacer sus funciones, e impacta en el hígado, ya que no se da la actividad de evitar la producción de glucosa. Así pues, en la diabetes el hígado sintetiza glucosa, rompe el glucógeno, y sintetiza lípidos; por tanto la resistencia a la insulina en el hígado juega un papel importante en la patología diabética. Resaltó que la metformina, que es uno de los medicamentos más usados para tratar la DM2, inhibe la síntesis de glucosa en el hígado.

Una patología relacionada con la diabetes es el hígado graso que puede desencadenar en hepatocarcinoma sin cursar con cirrosis la diabetes puede ser hepato-patógena, pues aumenta la posibilidad de que se presente cáncer, de insuficiencia hepática aguda y de desarrollar hepatitis C (hepC).



Describió cómo afecta la diabetes al hígado. Así pues, comentó que una de las consecuencias de la obesidad (además de la hipertensión arterial, el síndrome metabólico, la dislipedemia, y la diabetes), es el hígado graso, en la que se acumulan grasas dentro de los hepatocitos. Se considera que hay esteatosis hepática cuando hay una acumulación de >5% de grasa en los hepatocitos; ésta es la primera causa de daño hepático crónico.

La esteatosis es un padecimiento asintomático que puede desencadenar la esteatohepatitis que se caracteriza por la inflamación, y que de no tratarse adecuadamente lleva a la cirrosis. El Dr. Aguirre comentó que el 22.51% de los diabéticos tienen hígado graso y una proporción mayor al 44 % presentan esteatohepatitis; lo que muestra la estrecha relación entre la DM2 y el daño hepático. Así pues, el 69% de la población que padece DM2 presenta hígado graso, mientras que este padecimiento hepático se presenta en el 39% de las personas de la población en general. Por tanto, la DM2 es un factor de riesgo importante para padecer cirrosis, y los pacientes con DM2 tienen una mortalidad por cirrosis más elevada; tienen 3 veces más riesgo de morir por esta enfermedad hepática. A su vez las personas con hígado graso tienen más riesgo de tener diabetes. Esta interrelación entre DM2 y las afecciones hepáticas representa un círculo vicioso, ya que la esteatohepatitis no alcohólica aunada a la DM2, que de por sí representa un mayor riesgo de presentar un carcinoma, causan una inflamación hepática, que puede desencadenar depósitos de colágena, que si alcanza un 5% se puede considerar cirrosis, que de persistir, puede llevar a un carcinoma hepático.

Aunado a este fenómeno, los mexicanos tienen una predisposición genética a las dislipidemias y a presentar un aumento en el tejido graso visceral, lo que produce inflamación. Otro factor que participa en este proceso es la prevalencia de las dietas occidentales que modifican la microbiota intestinal, de tal manera que se seleccionan microorganismos intestinales que son más eficientes para asimilar los nutrientes. Adicionalmente se ha encontrado que en ciertas circunstancias algunos metabolitos bacterianos se absorben en el intestino y causan inflamación en el hígado (incluso se ha demostrado que algunos microorganismos producen alcohol endógenamente). Todos estos fenómenos contribuyen a que se vaya dando el daño hepático.

El Dr. Aguirre comentó además, que el padecer hígado graso es un factor de riesgo para la mortalidad cardiovascular.

En cuanto a los tratamientos del hígado graso y de la DM2, dijo que hay evidencia de que si se disminuye la grasa visceral, se baja el riesgo de padecer DM2. Así pues, es recomendable la dieta y el ejercicio. En cuanto a los medicamentos se ha sugerido que se puede usar vitamina E para el hígado graso, sin embargo es riesgoso para los



diabéticos. Existe menos evidencia, y pudieran ser tóxicos algunos medicamentos como la pioglitazona, pentoxifilina.

El Dr. Aguirre presentó un estudio realizado el año pasado, en el que se evaluó el efecto de la liraglutida (medicamento usado para tratar la diabetes) en el hígado graso, y la esteatohepatitis. Los pacientes fueron evaluados mediante una biopsia hepática y se pudo ver que algunos respondieron, pero el peso de estos pacientes fue similar, y no detectó una disminución de la hemoglobina glicosilada, por lo que pudiera ser que no tuviera un efecto sobre la DM2.

Por último el Dr. Aguirre comentó que en los pacientes diabéticos controlados, no necesariamente mejora el hígado y que como el hígado graso aumenta el riesgo cardiovascular, se tiene que dar seguimiento a estas comorbilidades en los pacientes con DM2, aún si están controlados.

Alcohol e Hígado. Dr. David Kershenobich Stalnikowitz

El Dr. Kershenobich agradeció al Dr. Wolpert, y al Dr. Graue, la oportunidad de participar en el simposio. Dijo que dentro del tema de los retos vigentes, uno de los más importantes es el del alcoholismo; asimismo resaltó que estamos muy acostumbrados al alcohol y se nos olvida que es una de las causas más importantes del daño hepático en México y en América Latina. Dijo que este reto debe de considerarse tanto desde el punto de vista médico, como del social.

Comentó que es importante distinguir entre la susceptibilidad a ser alcohólico y la susceptibilidad al daño hepático, aunque en algunos casos coincidan en el mismo individuo. En este sentido relató el problema ético que se presenta ante la decisión de no trasplantarles un hígado a los alcohólicos.

Para dar una dimensión del problema, comentó que a nivel mundial 2,000 millones de personas consumen alcohol y 76.3 millones padecen problemas de salud por ello. Uno de los retos vigentes es encontrar marcadores para saber qué persona está en riesgo por consumir alcohol, y no esperar 30 años cuando el daño ya está muy avanzado.

Presentó algunos datos de consumo de alcohol en México que son resultado de la Encuesta Nacional de Adicciones del 2011. Entre ellos resalta que el abuso en el consumo de alcohol por mujeres ha aumentado significativamente, aunque sigue siendo más común en hombres. Los problemas de salud por el abuso en el consumo de alcohol son más graves en las mujeres pues los hombres toleran el doble de alcohol que ellas.

El Dr. Kershenobich presentó un estudio para evaluar la frecuencia entre alumnos de bachillerato y licenciatura del consumo excesivo de alcohol (definido como la ingesta de más de 4 bebidas por ocasión), en el que se encontró que en la licenciatura aumenta



el consumo tanto en hombres como en mujeres. En promedio se pasa de un 4.5% de alumnos de bachillerato con abuso de alcohol al 20.4% en licenciatura.

Por otra parte presentó que el consumo excesivo de alcohol se asocia con trastorno de conducta, ausentismo, depresión, consumo de drogas, suicidio, además de otras complicaciones metabólicas. Recalcó además, que cada vez hay más mujeres que abusan del alcohol y que son más susceptibles.

Ante este panorama el Dr. Kershenobich se cuestionó cómo podemos encontrar biomarcadores de consumo excesivo de alcohol y de riesgo para la salud por el abuso de este consumo.

Presentó algunos marcadores para detectar el consumo de alcohol que tiene una distinta capacidad de detección en cuanto a los diferentes periodos en los que son sensibles después de la ingesta. Entre estos procedimientos están los siguientes:

- Los niveles de alcohol en aliento, orina y sangre, duran muy poco, por lo que sólo se detecta después de media hora o una hora.
- El etil sulfato en orina dura hasta 5 días.
- La transferrina deficientemente carbohidratada, se puede detectar después de 1 semana y hasta 4 semanas.
- Gama glutamil transferasa, se puede detectar entre 3 y 4 semanas
- Volumen globular medio de modifica durante 1 a 3 meses, y en el bebedor crónico
- Se puede hacer un análisis del etil éster en cabello y detectar el consumo después de 3 meses.

Por otra parte comentó que existe un polimorfismo de las enzimas metabolizadoras de alcohol, que podría asociarse a la susceptibilidad al daño por alcohol, pero que hasta el momento no hay biomarcadores precisos para hacer esto.

Asimismo dijo que los individuos con ingesta excesiva de alcohol tienen afecciones cerebrales aunque se elimine el consumo. Algunas zonas afectadas son como la corteza pre frontal y otras asociadas a la impulsividad. Este efecto es difícil de tratar, porque después de 3 o 4 años, si vuelven a tomar los pacientes con estas afecciones cerebrales se presenta impulsividad al alcohol, que no es lo mismo que la adicción.

En la parte final de su presentación el Dr. Kershenobich presentó a los microo-RNAs (miRNAs) que son RNAs de hasta 20 nucleótidos que interaccionan con los RNAs mensajeros (mRNAs) y promueve degradación o alteran su expresión. Señaló que estos pequeños RNAs se vuelven importantes como marcadores de consumo de alcohol y que son moléculas que están en distintos fluidos (como el suero, el plasma y la orina), y que reflejan condiciones metabólicas; por lo que pueden reflejar susceptibilidad al alcohol.



Se ha encontrado que en los pacientes que consumen alcohol en exceso hay algunos miRNAs elevados, como son los: miR-7, miR-153, miR-15B, miR-203 y miR-144.

Apoptosis ciclo celular, funcionamiento cerebral. Se pueden usar como marcadores.

Habló también de los pre-miRNAs, y de cómo estas moléculas forman estructuras llamadas “multi-vesicular bodies” que son secretadas para incorporarse a la circulación sanguínea.

Como conclusión recalcó que el reto más importante en este tema, es encontrar biomarcadores para susceptibilidad al alcohol.

La era de la cura de la hepatitis C: Utopía o realidad. Dra. Margarita Dehesa Violante
La Dra. Dehesa dio las gracias al Dr. Wolpert por la invitación a participar en el simposio. Comentó que en México la HepC representa del 1 al 1.5%, mientras que en Francia es más del 5%. En cuanto a la distribución de genotipos del virus de la hepatitis C (HV-C) el genotipo 1 representa el 70%, y que es por ello que si tuviéramos medicamentos contra el genotipo 1 podríamos tratar la mayor parte de los casos.

Relató que en 1989 se descubrió el HV-C, que tiene gran variabilidad genética y desencadena una respuesta inmunológica débil, por lo que es muy difícil lograr tener una vacuna eficiente. Sin embargo destacó que es posible que ya no tengamos a quien vacunar, por la eficacia de los medicamentos existentes.

En cuanto a la historia natural de la HepC, la Dra. Dehesa dijo que muchas veces la infección aguda pasa desapercibida, y que entre el 15 y el 30% de los infectados se deshacen del virus; sin embargo el resto de los infectados desarrolla una infección crónica que llega a la cirrosis y al hepato-carcinoma. Ante esta situación la única opción es el trasplante, y aun así el 22% muere a los 3 años, pues se presenta una recidiva de la infección. En este contexto el panorama es sombrío para muchos enfermos, pues tienen pocas alternativas terapéuticas. Sin embargo, se han desarrollado nuevos medicamentos que afectan directamente la replicación del HV-C y ahora la HepC es la afección hepática con la mejor perspectiva terapéutica. El problema es que estos medicamentos no están disponibles para los enfermos, pues tienen un precio altísimo que es inaccesible.

Asimismo la Dra. Dehesa comentó que las infecciones hepáticas crónicas producen afecciones extra hepáticas, tales como las hematológicas, y dermatológicas. Estas infecciones tienen una progresión en menos de 20 años a cirrosis. Si se suma el consumo de alcohol a las infecciones se presenta un deterioro más rápido, especialmente en las mujeres que son más susceptibles, como presentó el Dr. Kershenobich.



Debido a la circunstancia de que la hepatitis crónica conduce a la cirrosis, y en el caso de que los pacientes puedan sobrevivir a esta enfermedad, en muchos casos se desarrolla un hepatocarcinoma, se llega al momento en que si no se realiza un trasplante, los pacientes morirán.

Actualmente, ya que se han desarrollado medicamentos muy efectivos para tratar las infecciones del HV-C, es importante que se traten a los pacientes antes de que aparezca la cirrosis, pues este tipo de daño hepático no desaparecerá al eliminar la infección, aunque se ha visto que se puede disminuir algo la fibrosis con el tratamiento.

Así pues los nuevos medicamentos han generado un cambio en la historia natural de la enfermedad, y es importante recalcar que al tratar a los pacientes se logra curarlos, lo que representará tener un impacto económico muy positivo desde el punto de vista económico, no sólo porque se logra que se ganen un número de años de vida saludable de los pacientes tratados, sino porque se evitan los gastos de hospitalización, tratamientos no curativos (como el interferón) y los trasplantes. En EUA la tasa de mortalidad de los pacientes con HepC, y que no han recibido un tratamiento específico es de 4.6 x 100,000 habitantes, mientras que la mortalidad por HIV es de 4.2 x 100,000. La Dra. Dehesa recalcó que el tratamiento de HIV causa que este padecimiento se vuelva una afección crónica, y las personas que tienen esta infección tienen que tomar medicamentos toda la vida, y tener un seguimiento médico (ver Acta de la sesión de la ANMM del 18 de mayo del 2016), mientras que el tratamiento de la HepC con los nuevos medicamentos curan al paciente, y ya no se hace necesario tratamiento médico posterior (siempre y cuando no se haya desarrollado cirrosis).

Estos argumentos son importante para resaltar que el costo de no tratar a los pacientes con medicamentos específicos, es mucho mayor que el de tratarlos, aun cuando el precio de estos medicamentos sea elevado.

A continuación la Dra. Dehesa presentó cuál ha sido la evolución del tratamiento que se ha dado para las infecciones con HV-C.

Mencionó que se daba el interferón lo que daba un 20% o 30% de curación. Posteriormente en el tratamiento también se da, además del interferón, la ribavirina (RBV), aunque este medicamento no siempre es tolerado ya que tiene efectos colaterales muy intensos, este esquema de tratamiento da una posibilidad de curación el 50% de los casos. Con los nuevos medicamentos se ha podido curar al 100% de los pacientes con tratamientos libres de interferón.

Asimismo la Dra. Dehesa relató cómo se introdujeron algunos medicamentos que van desde inhibidores de proteasas, hasta los que bloquean la replicación del virus, y que pueden ser inhibidores no nucleótidos, y nucleótidos (mencionó como ejemplo de estos



medicamentos a PREVIR, ASVIR, BUVIR). Dijo que ahora hay una buena cantidad de moléculas para tratar esta enfermedad.

Ante estos desarrollos que actualmente permiten curar la HepC, la Dra. Dehesa cuestionó cuál es la expectativa para los pacientes en México. Recalcó que cada paciente es importante, y requiere de 3 a 6 meses de tratamiento con los nuevos medicamentos. Algunas de estas moléculas que ya están en el mercado en México.

Adicionalmente comentó que ya existen diferentes terapias que erradican el 100% de los HV-C de los genotipos 1a y 1b que son los más frecuentes en México y que pueden ser aplicados a pacientes con o sin cirrosis, a los que se les da RBV. Esto quiere decir que si tuviéramos estas moléculas en este país podríamos curar a los pacientes.

En el 2016 en México hubo varias terapias aprobada o sometidas a registro. Hay que tomar en cuenta el tipo de paciente, y la evidencia de que el SVR12, sí funciona aunque se tengan que tomar un gran número de tabletas. En las farmacias están disponibles los medicamentos Olysio y Viekira. Es importante cuidar que la administración correcta, y evitar las interacciones medicamentosas.

La Dra. Dehesa enfatizó que detener el inicio del tratamiento de los pacientes con HepC por más tiempo tiene implicaciones individuales e impactos económicos.

En cuanto a las perspectivas la Dra. Dehesa comentó que hay nuevas moléculas para tratar a los pacientes, ahora hay que hacerlas accesibles, logrando la mayor cobertura posible. Que hay que poner atención para desarrollar tratamientos efectivos para tratar a los HV-C de todos los genotipos, y de los pacientes que ya tienen resistencia a los nuevos medicamentos. Es muy importante sensibilizar a las autoridades sobre esta problemática.

Para concluir su intervención la Dra. Dehesa preguntó; ¿Cuánto más vamos a esperar para podernos en el lugar de los pacientes y darles acceso a la cura?

Trasplante de Hígado: Distribución de órganos. Dr. Alan Contreras

El Dr. Contreras agradeció la oportunidad de participar en el simposio. Comentó que hablaría de la cirugía de los trasplantes hepáticos, especialmente sobre la situación en nuestro país.

Adicionalmente presentó que la idea de hacer un trasplantes es muy vieja; en 1954 se llevó a cabo el primer trasplante de riñón en Boston, poco después se llevó a cabo en Denver, se realizó el primero de hígado. Sin embargo por mucho tiempo sólo hubo ejemplos anecdóticos de éxito, y fue hasta que se empezó a usar la Ciclosporina como inmuno supresor, cuando se aumenta la tasa de éxito de los trasplantes. Resaltó que hoy se puede intervenir y realizar trasplantes, con muy buenos resultados, y los pacientes tienen excelente calidad de vida.



Posteriormente el Dr. Contreras se cuestionó sobre quién puede necesitar un trasplante hepático. Dijo que cualquiera de nosotros podemos llegar a ser candidatos para trasplantes, y resaltó que prácticamente ninguno de los sujetos a los que ahora opera, pensaba que iba a requerir del trasplante. Comentó que hay muchas patologías de hígado en México.

En cuanto a las causas de daño hepático el Dr. Contreras resaltó al hígado graso, las enfermedades congénitas, el abuso del alcohol, la hepatitis viral, la hepatitis autoinmune, y el uso de compuestos hepato-tóxicos, como puede ser el paracetamol u otras que con una sola dosis pueden causar un daño hepático agudo. Recalcó que hay muchas causas que no se han asociado, entre ellas algunos tratamientos de herbolaria. En cuanto a la falla hepática aguda, presentó que en EUA, existen más de 2000 pacientes con esta afección, y en más del 50% de los casos el daño no es reversible, lo que les causa la muerte. En esos casos y en crónica, la mejor opción es el paciente.

Comentó además, que sólo se les practica un trasplante a pacientes muy bien seleccionados que consumen drogas o alcohol, y que es necesario que hayan dejado de consumir estos enervantes. Si bien pacientes con alcoholismo se pueden mejorar con un trasplante, hay que hacer las consideraciones éticas, para sopesar si es correcto hacerles el trasplante, en las circunstancias de muy poca disponibilidad de órganos.

En la actualidad el trasplante hepático es una modalidad terapéutica bien establecida, por lo que existe una muy larga lista espera, y lo que se ha decidido es que se le dé el órgano disponible a los que más los necesiten. Para implementar la comparación entre los pacientes y poder establecer una lista de prioridad se desarrolló un estudio retrospectivo en 2000 pacientes con afecciones hepáticas en la Clínica Mayo, EUA, en la que se vio la probabilidad de morir en 3 meses y se desarrolló un índice llamado MELD (“Model for End-stage Liver Disease”) que se basa en los niveles de bilirrubina, el INR (índice que mide el tiempo de protrombina), y la creatinina. Con base en el MELD se asigna la prioridad para el trasplante hepático en EUA y en la mayor parte del mundo. Sin embargo hay padecimientos en los que no hay un MELD tan alterado como para justificar ponerlos en primera prioridad, pero que sí se les pone en los primeros, como son los paciente con hepatocarcinoma y la enfermedad poliquística del adulto, a los que es importante trasplantarlo, aún teniendo un MELD que puede ser inclusive normal.

El Dr. Contreras mencionó como ejemplo de cómo funciona el sistema en EUA, el programa de la región 9 del Estado de Nueva York, en el que se realiza un escrutinio constante de donantes, y en cuanto se hace la identificación de donante potencial, se notifica al centro regional de manera automatizada, y se compara con una lista única regional de pacientes que esperan un trasplante; de ahí se genera una alarma



automatizada por cada órgano, no importa el hospital en el que esté el paciente dentro de la región.

En el caso de México, a pesar de que las afecciones hepáticas son un problema de salud importante, se realizan muy pocos trasplantes, esto es en gran medida debido a que hay una tasa dramáticamente baja de donantes en México. En el caso de hígado hay un 1.5 donantes por millón de personas en la población. Así pues, el número de trasplantes de hígado que se realizó en el año 2,000 en el Instituto Nacional de ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (institución que tiene un programa muy activo para realizar trasplantes) es de alrededor de 90, y el año pasado se llevaron a cabo 150 trasplantes. Otro problema que limita la realización de trasplantes en México es que la mayor parte de los hospitales no pueden recibir la donación de órganos, así que aunque haya posibles donantes, se tiene que trasladar al paciente a otro hospital. Un problema adicional es que en nuestro país coexisten varios subsistemas de salud, y es muy compleja la distribución de órganos y pacientes. Además no hay una sola lista, y el registro nacional no tiene clasificada la gravedad de los pacientes. En suma, no hay una organización que respalde una buena priorización de los pacientes a trasplantar con el pequeño número de órganos disponibles.

Adicionalmente, el Dr. Contreras comentó que no hay un tratamiento adecuado en la normatividad en México, con respecto a los trasplantes. Así pues, la Ley General de Salud es muy escueta, y sólo hay alguna mención en los artículos 336 y 339.

En la práctica los comités internos de trasplantes de los hospitales deciden a quién trasplantar, pero no saben la necesidad de órganos en otros hospitales. Esta desarticulación es tan grande que el año pasado hubo 433 donantes cadavéricos, y con sus órganos se hubiera podido trasplantar a todos los que esperan órganos que se encuentran en la lista, pero no hubo la organización necesaria para concretar la donación.

Para terminar, el Dr. Contreras subrayó que es necesario fortalecer las siguientes acciones con el fin de promover la realización de trasplantes.

- Fomentar la educación para la promoción de la cultura de trasplantes.
- Expansión de la autorización para donación.
- Realización de listas de espera regionales
- Distribución justa de órganos.

Discusión y conclusiones.

- El Dr. José Ignacio Santos, felicitó a los participantes del simposio, y le preguntó a la Dra. Dehesa, si existen estudios locales en el caso de México, sobre si la



mortalidad por HIV rebasa a la de los infectados por HV-C y si existen estimaciones de lo que implica en costos.

La Dra. Dehesa contestó que en México hay 1 millón setecientos mil infectados de hepatitis C, en el centro del país la frecuencia de enfermos es menor que en otras regiones del país, y que la mortalidad por ambos padecimientos es similar. En cuanto a los costos dijo que es importante considerar que si se trata a un enfermo de HepC con los nuevos medicamentos, el sujeto se cura, y es un sujeto sano, mientras que en los infectados con HIV son pacientes crónicos que requieren tratamiento toda su vida. Resaltó que es de esperarse que las nuevas terapias estén disponibles pronto en las instituciones de salud pública. Ahora en farmacias el tratamiento cuesta de 1 millón a 800 mil pesos, por lo que no es factible que una persona lo adquiera. Además comentó que si la obesidad y la diabetes se asocian con HepC, como señalan los estudios, en México tendremos muchos pacientes que será importante tratar.

El Dr. Wolpert comentó sobre este punto que es fundamental sensibilizar a las autoridades en el sentido de que tendrán ahorro muy considerables, si se tratan a los enfermos de HepC, pues el número de complicaciones e ingresos al hospital se van a reducir.

- Por otra parte comento que hay un numeroso grupo de personas siguen la sesión por internet. Uno de ellos le preguntó al Dr. Kershenovich: ¿Cómo se distingue la impulsividad de la adicción al alcohol?

El Dr. Kershenovich contestó que quien tiene adicción no puede dejar de tomar alcohol, pero el que tiene la impulsividad sí lo puede dejar, y tiene episodios de consumo intenso (impulsividad).

- Otra de las preguntas que se realizaron fue: ¿Cuáles de las acciones para sensibilizar a los tomadores de decisión deben ir encausadas a las autoridades de salud, y cuáles al poder legislativo, para poder alcanzar la situación ideal que deberían tener los trasplantes en México?

La respuesta fue que aún con la modificación a la ley que permita que todas las personas sean donante tácitos, se deben buscar maneras de incentivar la donación, que se reflejen en un cambio en la organización del sistema de salud; sí necesitamos cambios legislativos, que hagan que no se requieran los traslados de los donantes, ni la intervención del Ministerio Público en el caso de traumatismo. Adicionalmente es muy importante involucrar a la sociedad civil en todo el proceso. Es claro que las 20 mil muertes por enfermedad hepática crónica al año, que se presentan actualmente, se podrían disminuir considerablemente mediante trasplantes hepáticos.



En este sentido, el Dr. Mario Vilatobá, Jefe del Departamento de Trasplantes del INCMNSZ, comentó que es muy importante profesionalizar los trasplantes, dijo que en ese Instituto Nacional de Salud se ha logrado incrementar el número de trasplantes que se realizan por convencimiento de que es lo que hay que hacer, pero que es necesario sensibilizar a las autoridades para que se realicen este tipo de trasplantes con mayor intensidad en todo el país.

- Otro comentario que se realizó fue en el sentido de que ante el panorama de la relación de la diabetes y las enfermedades del hígado, si se logra la universalización de la atención a la salud por lo menos en el primer nivel de atención ¿cuál sería el consejo para los médicos tratantes?

La respuesta fue que se recomendaría que cuando se atiende a un paciente diabético, se promueva la educación del paciente y sus familiares para prevenir las afecciones hepáticas; que se le realicen estudios de laboratorio para mantener una vigilancia en la función hepática, y en especial se determine si tiene hígado graso. Aún más considerando la propensión de nuestra población, se debe hacer un ultrasonido de hígado a todo mexicano mayor de 45 años. Los pacientes pueden exigir, es su derecho.

- Se le hizo una pregunta al Dr. Aguirre sobre el estudio en que se usó liraglutida para tratar el hígado graso, en cuanto a la aparición de efectos secundarios. El Dr. Aguirre contestó que este medicamento se ha usado para bajar de peso, y que se sabe que favorece la anorexia, pero este efecto sólo permanece mientras dura el tratamiento; también se ha reportado que tiene un efecto inflamatorio. Señaló que lo que es muy importante es promover los cambios en el estilo de vida para que tanto el hígado graso como la diabetes puedan ser controladas. Otro tratamiento en el que se ha visto que sí hay efecto es el de la cirugía bariátrica, ya que se ha reportado regresión del hígado graso.
- El Dr. Manuel Urbina, señaló que los temas abordados en el simposio pueden servir como evidencia para sensibilizar a las autoridades; que no debemos dejar pasar la oportunidad de tener estos resultados para esgrimirlos como criterios de evaluación de las políticas públicas. Es importante recalcar los factores económicos que se presentaron en la sesión. Adicionalmente enfatizó la importancia de empezar a actuar considerando el grave problema de obesidad en niños y adolescentes que hay en México, pues los problemas hepáticos que se presentarán en el futuro próximo son enormes.
- El Dr. Kershenovich respondió una pregunta sobre si se trataban los pacientes con HepC adictos a las drogas para que superaran la adicción, diciendo que la primera causa de HepC es el uso de drogas ilícitas inyectadas. Que desconocía



que proporción de ellos estaban bajo tratamiento con metadona, para la adicción, aunque había algunos países en los que sí se llevaba a cabo este tratamiento. Recalcó que en el caso de los trasplantes es muy importante considerar la reinfección, por lo que hay que tener en cuenta que el adicto debe de haberse rehabilitado totalmente para ser sujeto de un trasplante.

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