



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Simposio 15 de mayo 2024

Sesión conjunta con la Fundación Mexicana para la Salud Hepática (FundHepa)

Siendo las 17:00 horas del día 15 de mayo de 2024, se da por iniciada la sesión correspondiente en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina.

En el Presidium:

- **Presidente:** Dr. Germán Fajardo Dolci
- **Vicepresidente:** Dr. Raúl Carrillo Esper
- **Secretaria General:** Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
- **Secretario Adjunto:** Dr. Enrique Graue Hernández
- **Coordinadora:** Dra. Ma. Concepción Gutiérrez Ruíz

El Dr. Fajardo Dolci da la bienvenida a los asistentes y cede la palabra a la Dra. Ma. Concepción Gutiérrez Ruíz, quien coordinará a los expositores.

Presentación de trabajo de ingreso

Asociación de la fragilidad con uso de servicios en adultos mayores: Un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México

Dr. Mario Ulises Pérez Zepeda

Comentarista: Dra. Sara Aguilar Navarro

El Dr. Pérez Zepeda presenta su trabajo de ingreso titulado "Asociación de la fragilidad con uso de servicios en adultos mayores: Un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México". Menciona que la fragilidad ha sido asociada a eventos adversos, ya que vuelve al adulto mayor más vulnerable a estresores. A la fecha, son escasos los estudios que han buscado el efecto del acúmulo o carga de fragilidad a lo largo de los años y el impacto de esta carga en la probabilidad de presentar desenlaces adversos, siendo estos mortalidad y discapacidad. La fragilidad se ha asociado al uso de diversos servicios: visitas a personal de salud, días de hospitalización y días de cama por enfermedad. El objetivo de este estudio es evidenciar la asociación de la fragilidad y el uso de servicios de salud a partir del análisis del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México en adultos mayores de 60 años.

Es una cohorte con diseño horizontal con una línea base simple: personas nacidas en 1951 o antes, con seguimiento desde 2001 hasta 2021, agregando nuevas muestras en 2012 y 2018. Para efectos



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

de este estudio, se tomaron los años del 2015 al 2018, tiempo suficiente para observar desenlaces tales como noches internado en un hospital, cirugía mayor, cirugía menor, consulta con personal médico y consulta con dentista, así como otras variables entre ellas: edad, sexo, pareja, años de escolaridad, uso de tabaco, actividad física, autopercepción del estado financiero y seguridad social.

En la estrategia analítica se consideró la validación del índice de fragilidad (distribución por sexo, asociación de edad con sexo, asociación incremental de mortalidad). Se utilizó estadística descriptiva e inferencial y, por último, se hizo la asociación con el uso de servicios (análisis de riesgos competitivos para desenlaces binarios, fuerza de asociación determinada con subrazón de riesgos, regresión binominal negativa para desenlace de cuentas y fuerza de asociación determinada con razón de incidencia de riesgo). Las mujeres tienen un índice de fragilidad más alto que los hombres. Como conclusiones tenemos que: el número de días de hospitalización y número de visitas médicas estuvo significativamente asociado a los niveles de fragilidad (independientemente de tener servicios de salud); la fragilidad puede utilizarse como métrica para pronosticar el uso de servicios, particularmente onerosos al sistema, como las hospitalizaciones y visitas médicas. Por último, llama la atención la relación inversa del uso de servicios dentales con la fragilidad, lo que puede apuntar a una problemática social.

A continuación, la Dra. Sara Aguilar Navarro comenta el trabajo presentado. Los modelos de atención deben ser un conjunto de actividades preventivas, asistenciales, terapéuticas, de rehabilitación y capacitación, especialmente preparadas por el equipo de salud para el adulto mayor. Centrados en el paciente, el manejo interdisciplinario y la gestión de la atención compleja, se requieren constructos de políticas públicas en el país. Esta atención puede ser a corto plazo, con cuidados agudos (modelos de atención hospitalaria); cuidados de transición (unidades de recuperación funcional o mediana estancia), unidades de enfermería especializada, unidades de ortogeriatría, hospital de día. A largo plazo, modelo de asistencia ambulatoria, unidades de cuidados crónicos, residencia de adulto mayor, centros de día, unidades de soporte domiciliario y, por último, cuidados paliativos. Es importante valorar el estado de salud general del adulto mayor y su independencia funcional (desempeño funcional, cognición, continencia, ánimo, nutrición, medicamentos, soporte social), factores no médicos como el estado socioeconómico. Implica una atención de gran complejidad. La fragilidad es un síndrome clínico complejo que denota incremento en la vulnerabilidad del individuo, no cuenta con un estándar para su medición, asociada a diferentes desenlaces con múltiples potenciales marcadores para su temprano reconocimiento. Actualmente en México existe un mayor número de personas de 60 años y más que niños menores de 5 años; la esperanza de vida se estima que será de 80 años para el 2050. Las conclusiones de la Dra. Aguilar concuerdan con las expresadas en la presentación del trabajo.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Simposio

Para iniciar el simposio, la Dra. Gutiérrez Ruíz da las gracias a la Mesa Directiva por permitirle participar en la sesión y a la Fundación Mexicana para la Salud Hepática (FUNDHEPA), una organización sin fines de lucro creada en 1998 por un grupo de personas preocupadas por el avance de las enfermedades del hígado y la posibilidad de prevenirlas, detectarlas y tratarlas oportunamente con el fin de lograr una mejor salud de nuestra población. Su misión es promover la salud hepática mediante la educación, la investigación y la incidencia en las políticas públicas. Este día se presentarán diferentes temas al respecto.

Epidemiología del cáncer de hígado en México

Dr. Martín Lajous Loeza

Los mensajes principales son: hay incertidumbre respecto a la carga de cáncer hepatocelular en nuestro país (las mujeres pueden estar en mayor riesgo); la aflatoxina es un carcinógeno hepatocelular ubicuo en México y es necesario destinar recursos financieros a la investigación. Se encuentra que hay una mayor carga de este tipo de cáncer en las regiones rurales de México, así como que hay más casos de cáncer en mujeres; compite con el cáncer colorectal y es la tercera causa de muerte en mujeres. Sabíamos que algunos de los factores de riesgo para este cáncer son el consumo excesivo de alcohol, factores virales y alteraciones metabólicas. El más importante es el síndrome metabólico (estudio hecho en cinco estados de la República Mexicana). Sobre la aflatoxina, conocemos que es el carcinógeno natural más potente, se encontró mayor incidencia en Guatemala. Ya había evidencia de la contaminación del maíz y las tortillas en el Puerto de Veracruz (73% al 95% tenían aflatoxina también en una zona rural de San Luis Potosí). Con los últimos estudios hechos, se confirma la tesis de que la aflatoxina puede ser un factor etiológico importante para el cáncer hepático. Más del 90% de los adultos mayores en los estados estudiados tienen niveles elevados de aflatoxina y consumen el maíz que la contiene. Esto se ha visto curiosamente en las tortillas hechas en casa (maíz de autoconsumo). Los siguientes pasos en investigación epidemiológica deben ser: caracterizar la exposición a aflatoxina en el tiempo (repetir análisis y expandir cobertura a más población), explorar factores de riesgo en cáncer hepático y enfermedad por hígado graso.

Aproximaciones genómicas en cáncer de hígado

Dr. Luis Enrique Gómez Quiroz

El Dr. Gómez Quiroz aborda por qué son importantes los estudios genómicos. Estos estudios nos dan un diagnóstico temprano, un pronóstico más certero y potenciales puntos de intervenciones terapéuticas. La identificación de firmas moleculares y subtipos de tumores lleva a la medicina



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

dirigida y personalizada. Las investigaciones parten de modelos animales (ratones) a los que se les dan tratamientos especiales, particularmente dietas. Se hace un perfil genómico, se identifican genes comunes con el ser humano y así se determina qué genes dominan las características. Esto lleva a estudios de pronóstico para validar la parte experimental y posteriormente hacer medicina translacional, llevando este conocimiento a los pacientes. Cruzar información nos da certeza. Se tienen varios modelos de estudios que han corrido recientemente en animales de experimentación, siempre correlacionando con la información clínica, que es fundamental. Los análisis transcriptómicos permiten analizar los cambios e identificar rutas oncogénicas y supresoras de tumores. Estos resultados se empalman con los estudios en seres humanos, proporcionando datos de pronóstico y características invasivas, entre otros. También permiten identificar sujetos candidatos para evaluación terapéutica en coordinación con otros institutos. Otro modelo que se está desarrollando es de dieta alta en fructuosa, encontrando un gran daño hepático, renal y cardíaco después de 8 meses del consumo de esta dieta. Asimismo, se ha estado trabajando con una propuesta terapéutica, GDF11, una molécula que tiene un efecto antitumoral, supresor de tumores y que les resta agresividad. En resumen, los estudios genómicos son una excelente herramienta para el estudio molecular del cáncer, y es muy importante hacerlos en la población mexicana, tomando en cuenta los factores ambientales que inciden en el inicio y progresión del cáncer hepático.

El rol de la cirugía en tumores primarios de hígado

Dr. Javier Melchor Ruan

El Dr. Javier Melchor Ruan habla sobre el rol de la cirugía en tumores primarios de hígado. El hepatocarcinoma es una enfermedad muy compleja porque involucra dos enfermedades. No solo hay que valorar al paciente desde el punto de vista del tumor, sino también el estado de la cirrosis preexistente y sus efectos. A veces, los tratamientos van a estar muy limitados por la reserva hepática que tiene el paciente, por lo que el manejo multidisciplinario del carcinoma hepático es esencial y tiene un gran impacto en la sobrevivencia del paciente. Con la finalidad de orientar el tratamiento, se han creado múltiples guías, entre las más reproducibles están las Guías de Barcelona, donde en base al estado de la hepatopatía y al número y tamaño de los tumores, se va llevando la terapéutica adecuada. Concretamente, la guía ofrece la posibilidad de brindar tratamientos curativos que se consideran de tipo quirúrgico, como la ablación, la resección y el trasplante. Al ofrecer una terapia regional y sistémica, cada vez se ve que un mayor número de pacientes puede tener un tratamiento curativo. Un cáncer de hígado reseccable es aquel que tiene características tales como remanente mayor o igual a dos segmentos contiguos libres de enfermedad, que mantiene aporte vascular y drenaje biliar, sin evidencia de enfermedad extrahepática, entre otras características, y que son candidatos con buen estado funcional. Las ventajas de la cirugía hepática son: baja mortalidad operatoria, tratamiento curativo sin inmunosupresión. Las desventajas: descompensación postoperatoria, recurrencia y menor



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

sobrevida libre de recurrencia a 5 años de trasplante. Algunas conclusiones: la adecuada aplicación de herramientas diagnósticas permite tener un sustento sólido para la toma de decisiones y deben realizarse en ámbito multidisciplinario; la resección quirúrgica completa es una importante opción curativa para pacientes con hepatocarcinoma; ofrece sobrevida a largo plazo a pacientes seleccionados, aún con mal pronóstico. Se debe estudiar la posibilidad de manejo adyuvante. Por último, se considera necesaria la estandarización de guías que asignen un rol más amplio a la resección hepática.

El trasplante hepático en carcinoma hepatocelular en la era de inmunoterapia

Dr. Mario Vilatoba Chapa

El Dr. Mario Vilatoba Chapa aborda el tema del trasplante hepático en carcinoma hepatocelular en la era de inmunoterapia. En las guías de Barcelona, que son las más consultadas, se habla de poder hacer un trasplante a pacientes no solo en etapa temprana, sino también en esta última versión los pacientes en estadio B que pueden tener múltiples nódulos; pueden ser considerados siempre y cuando cumplan con un tratamiento de disminución del estadiaje. En 1996, aparecen los criterios de Milán y son los que se han posicionado como los más importantes para asignar un órgano a alguien que tiene carcinoma hepatocelular. Sin embargo, estos criterios son muy estrechos en la actualidad. También están los criterios de San Francisco, donde se empezaron a aceptar pacientes a pesar de que no entraban en los lineamientos descritos. Con el tiempo, ha ido cambiando el criterio sobre el tamaño y la cantidad de lesiones. Asimismo, se propuso que todos los pacientes se podrían considerar para trasplante siempre y cuando tuvieran una alfafetoproteína (principal marcador) menor de 1000 debido a la cuestión de la recurrencia. Al final, la guía de Metro Ticket 2.0 ha resuelto situaciones. Concluyendo, las indicaciones de trasplante hepático cambiarán de manera radical en un futuro cercano; los oncotrasplantes requieren manejo interdisciplinario, disminución del estadiaje, tratamiento con radioterapia externa, tratamiento con inmunoterapia y suspensión de inmunoterapia antes del trasplante hepático.

Después de las presentaciones, se procedió a la sesión de preguntas y comentarios.

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández
Secretario Adjunto