

Mensaje del Presidente

Mensaje del CEO



Bienvenidos a este número de The Kidney Citizen. El tema de las opciones de tratamiento es particularmente significativo para mí porque mi propia experiencia con la enfermedad renal me enseñó una lección importante: las decisiones que tomamos importan, y contar con la información correcta marca la diferencia.

Cuando comencé la diálisis, elegí el tratamiento en el centro. Sé que a muchos pacientes se les anima a explorar modalidades domiciliarias, y esas opciones funcionan de maravilla para muchos. Pero para mí, la diálisis en el centro fue la opción ideal. Valoré el apoyo clínico y la estructura que me brindó. Esta fue mi primera lección importante: no existe un enfoque único para el cuidado renal.

Mientras continuaba con diálisis, comencé a prepararme para el trasplante. Fue entonces cuando descubrí algo que cambió mi estrategia por completo: Nueva York, donde vivo, tiene uno de los tiempos de espera para trasplantes más largos del país. Con este conocimiento, tomé medidas. Me incluyeron en varios centros de trasplantes, incluyendo uno en Pensilvania, y fue en la Universidad de Pensilvania donde finalmente recibí mi riñón.

Más de una década después, sigo prosperando con el riñón que recibí. Pero quiero que mis pacientes entiendan que ambas opciones son válidas. Algunos pacientes tienen razón al aceptar el primer órgano disponible. Otros, como yo, se benefician de esperar. La clave está en tomar una decisión informada según su situación particular.

Como muchos de ustedes saben muy bien, el proceso de trasplante es largo; puede llevar meses de pruebas, evaluaciones y paciencia. Pero la perseverancia tiene su recompensa. Y para quienes no sean candidatos a un trasplante, tengan en cuenta que la diálisis sigue evolucionando. Las opciones de diálisis en casa están mejorando.

Están surgiendo nuevas terapias como la hemodiafiltración. Los investigadores están trabajando en enfoques revolucionarios como el xenotrasplante y los órganos de tipo sanguíneo neutro que podrían transformar la lista de personas que pueden recibir un riñón.

La innovación no se detiene. Incluso si hubiera investigado sus opciones hace años, los tratamientos disponibles hoy podrían ser completamente diferentes. En este número, encontrará historias de pacientes que han explorado diferentes opciones de tratamiento, junto con las perspectivas de profesionales de la salud sobre terapias de vanguardia.

Mi mensaje es simple: mantén la curiosidad, mantente informado y nunca dejes de defender tus derechos. Cuanto más sepas sobre lo que está disponible, mejor preparado estarás para moldear tu propia atención y tu propio futuro.

Atentamente,

Mérida Bourjolly,
Presidenta, Centro Educativo DPC



Gracias por leer este número de la revista del Centro Educativo DPC, The Kidney Citizen. Mientras nos centramos en las opciones de tratamiento disponibles para los pacientes con enfermedad renal, quiero compartir mi propia experiencia, la que me ha demostrado de primera mano cuánto ha evolucionado el panorama de la atención renal.

Me diagnosticaron enfermedad renal hace 14 años, poco después de incorporarme a DPC. En aquel momento, los médicos determinaron, mediante un proceso de descarte, que tenía nefropatía por IgA, pero no había tratamiento disponible. Durante una década, viví con ese diagnóstico, haciendo todo lo posible por controlar mi enfermedad. Diez (10) años después, todo cambió. Mi nefrólogo me dijo que ahora existían múltiples opciones de tratamiento y sugirió confirmar mi diagnóstico con una biopsia. Se trató de una intervención quirúrgica en la que me extirparon parte del riñón para analizarlo. La recuperación fue difícil; tuve dolor durante más de una semana. Pero los resultados fueron sorprendentes: después de todo, no tenía nefropatía por IgA. Tenía GEFS. Hace tres años, durante la Semana del Riñón, organizada por la Sociedad Americana de Nefrología, conocí a representantes de Natera, una empresa de pruebas genéticas. Me explicaron que podían detectar más de 200 variantes de la enfermedad renal. Dado que mi biopsia mostró GEFS, y existen seis cepas diferentes, me sugirieron realizarme pruebas genéticas. ¿Lo más sorprendente? Solo se necesitaba una simple muestra: sin cirugía, sin dolor y sin tiempo de recuperación. Cuando mi nefrólogo solicitó la prueba, descubrimos algo inesperado: tenía síndrome de Alport, y la GEFS era secundaria a él. Este diagnóstico es importante porque hoy en día existen terapias específicas para diferentes tipos de enfermedad renal, muchas de las cuales se han vuelto genéricas y ahora son asequibles.

Esto me lleva a un mensaje importante para todos ustedes. Las investigaciones demuestran que más de uno de cada cinco pacientes desarrolla enfermedad renal debido a una afección genética. Muchos pacientes con enfermedad renal no son los únicos en su familia que enfrentan este desafío. Incluso si actualmente están en diálisis o han recibido un trasplante, los animo a hablar con sus seres queridos sobre su salud renal.

Infórmeles sobre las pruebas genéticas: un simple hisopado que puede identificar con exactitud el tipo de enfermedad renal que podrían tener. Actualmente existen terapias que pueden retrasar la progresión de la enfermedad renal y potencialmente ayudar a evitar la insuficiencia renal por completo. La detección temprana y un diagnóstico adecuado pueden marcar la diferencia.

El Centro de Educación de DPC existe porque muchas personas con enfermedad renal en etapa terminal (ERT), incluyendo algunos miembros de nuestra junta directiva, comenzaron la diálisis sin previo aviso, deseando haberlo sabido antes. Mientras que DPC se centra en la defensa de los pacientes en diálisis, el Centro de Educación trabaja para ir más allá, educando a otros sobre la enfermedad renal y creando conciencia. Queremos ayudar a las personas a evitar lo que muchos de nuestros miembros experimentaron. Agradezco que nos centremos en las opciones de tratamiento en este tema.

Atentamente,

Hrant Jamgochian, J.D., LL.M.
Director ejecutivo de Dialysis Patient Citizens



Encontrando mi camino

A TRAVÉS DE LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO



Por Cheri Rodriguez Jones
miembro de la junta directiva de DPC

Tenía siete años cuando los médicos me diagnosticaron una enfermedad renal rara. Las décadas de 1980

y 1990 no ofrecían mucho en cuanto a tratamiento: solo controlaban los síntomas y preservaban la función renal el mayor tiempo posible. Las visitas al hospital se convirtieron en rutina.

A los 19 años, después de unas pruebas, mi médico me llamó con una noticia sorprendente: «Necesitas empezar diálisis». Aunque era inesperado, siempre supe que la diálisis llegaría. Para entonces, ya era madre de mi hijo pequeño.

Descubriendo lo que funcionó para mí

El equipo médico me recomendó diálisis peritoneal para poder realizar los tratamientos en casa. Confié en sus consejos. Funcionó bien durante unos siete meses hasta que desarrollé peritonitis, una infección recurrente. Con el tiempo, la infección se agravó tanto que tuve que cambiar a hemodiálisis en el centro.

Ocurrió algo inesperado. Perdí 13 kilos de líquido y dejé de tomar todos los

medicamentos para la presión arterial. No me había dado cuenta de que la diálisis peritoneal no me estaba dando el mismo resultado. Cuando me dijeron que podía volver a la DP, pedí seguir con la hemodiálisis en el centro. Simplemente me funcionó mejor.

Nuevas posibilidades a través de la conexión

Después de que mi primer trasplante finalmente fracasara y volviera a diálisis, todo cambió. La hemodiálisis en casa se había convertido en una opción, y las redes sociales habían abierto comunidades completamente nuevas. Antes de los grupos de Facebook, solo se podía aprender de la gente del centro de diálisis.

En un grupo en línea, leí sobre pacientes que se sometían a hemodiálisis nocturna en casa mientras dormían. Tenía un largo viaje al trabajo y esto podría transformar mi vida. Pregunté en mi centro.

“No tenemos un programa para eso.”
¿Qué necesito hacer para que esto suceda?



Empecé a escribir cartas. Tres años después, tras establecer los protocolos, conseguí mi programa de hemodiálisis domiciliaria nocturna.

Avanzando

Vivir con enfermedad renal terminal es abrumador. ¿Qué tratamiento debo elegir? ¿Estoy tomando la decisión correcta?

Esto es lo que quiero que sepas: hay esperanza, incluso cuando no lo parezca. Mucha gente ha estado en tu misma situación, y eso significa que hay innumerables personas que te entienden y pueden compartir sus experiencias.

No tengas miedo de hacer preguntas. Busca a otras personas que hayan pasado por lo mismo. Y cuando necesites algo, ya sea una opción de tratamiento diferente o un programa que tu centro aún no ofrece, dilo. Escribe esa carta. Sí, puede llevar tiempo. Pero funciona.

Empecé la diálisis joven, antes de tomarme unas vacaciones de verdad, y por fin pude tomarme las primeras hace apenas dos años. El año pasado, por fin visité a mi familia en los Países Bajos, algo con lo que había soñado toda mi vida.

Mi filosofía ahora: haz lo que quieras hacer. Aunque no sea el momento perfecto, si puedes, hazlo de todos modos. Todos sabemos que el mañana no está prometido. Encuentra tu alegría donde puedas.

Las opciones de tratamiento que funcionan para una persona pueden no ser adecuadas para otra. Lo que me funcionó en una etapa no funcionó en otra. Pero mantenerse informado, conectar con otros y estar dispuesto a luchar por lo que necesitas: todo eso marca la diferencia.

No estás solo en esto.



Manteniendo la esperanza durante la espera



Por Hasan Artharee, miembro de la junta directiva del DPC

La enfermedad renal poliquística (ERP) es hereditaria en mi familia.

Vi a mi abuela someterse a diálisis cuando era joven, y más tarde a mi madre durante mis años universitarios. Así que, cuando me diagnosticaron ERP a los 22 años, comprendí lo que me deparaba el futuro. El diagnóstico llegó después de que mi presión arterial siguiera subiendo y necesitara medicación. Mis médicos me revisaron los riñones y descubrieron que la enfermedad renal poliquística estaba afectando mi presión arterial y otros sistemas. Me dijeron que, según mis antecedentes familiares, probablemente necesitaría diálisis o un trasplante para los 40. Durante los siguientes 13 años, me centré en el seguimiento: revisiones anuales, control de mis niveles de creatinina y observación de la evolución de la enfermedad. Algunas personas con enfermedad renal poliquística nunca

necesitan diálisis, ni siquiera a los 60 o 70 años. Esperaba ser una de ellas. A los 35, mi función renal se deterioró tanto que necesité diálisis. Antes incluso de empezar el tratamiento, me sometí a las pruebas diagnósticas en el hospital y me dieron la lista para un trasplante. Quería estar listo. Como estaba trabajando, entrenando a mis hijos y viviendo una vida ocupada como padre, elegí la diálisis peritoneal. La flexibilidad me atraía: podía hacerlo en casa o incluso en el trabajo si era necesario. No quería pasar tanto tiempo en un centro. Pero la diálisis peritoneal implicaba lidiar con el tratamiento a diario y adaptarme a tener un catéter en el estómago. Después de unos seis meses, desarrollé una hernia debido a la cantidad de líquido que entraba y salía durante el tratamiento. Mientras la hernia sanaba, cambié a hemodiálisis. Fue entonces cuando descubrí algo sorprendente: la prefería. La hemodiálisis era solo tres días a la semana. Recuperé mis fines de semana. Podía vivir mejor sin tener que hacer el tratamiento todos los días. Estuve en hemodiálisis cinco años y medio antes de recibir el trasplante. El 18 de

septiembre cumplí siete años con mi riñón, y hasta ahora, todo va bien. Mi vida mejoró muchísimo después del trasplante. Ya no me desgasta la diálisis. Ahora mi mayor preocupación es tomar mis medicamentos y asegurarme de no olvidar nada; no quiero que le pase nada a este riñón.

Lo más difícil no fue el desgaste físico, aunque fue real. Fue el aspecto mental. Después de unos cuatro años y medio en diálisis, empecé a perder la esperanza. ¿Me pasaría esto alguna vez? Estaba harta de ir a los tratamientos, harta de sentirme agotada después. Esa desesperanza puede desmoralizarte.

Pero mantener una actitud positiva se convirtió en mi objetivo. Me comunicaba regularmente con mis médicos porque, aunque la espera se hacía interminable, hablar y mantenerme informada me daba esperanza. Me estaba preparando para el día en que recibiera la llamada. El desafío mental era enorme: lidiar con la enfermedad mientras intentaba vivir una vida normal, adaptarme a no trabajar, gestionar la discapacidad, Medicaid y Medicare. A los 35 años, era abrumador lidiar con todo esto tan joven.

Intenté mantener el ánimo. Mucha gente me dijo que no sabía que estaba en diálisis porque no me veía muy diferente. Intenté disimularlo. Sé que ese enfoque no funciona para todos, pero me ayudó a seguir adelante, intentando llevar una vida lo más normal posible.

Mi consejo para cualquiera que comience diálisis o esté esperando un trasplante es que no pierda la esperanza. Después de años de diálisis, es fácil sentir que nunca sucederá. Pero mantener la esperanza es clave. Manténgase en contacto con sus médicos. Manténgase informado. Siga preparándose para el día en que reciba la llamada.

La espera es dura. El tratamiento es agotador. Pero aferrarse a la esperanza y tratar de mantener la vida lo mejor posible es lo que te ayuda a superar la situación hasta que llegue tu momento.



Hemodiálisis Domiciliaria Nocturna (HDD)



Terapia de Reemplazo Renal con Menor Impacto en la Vida Diaria



Por Brigitte Schiller, MD, FACP, FASN, SVP

Directora Médica: Terapias en el Hogar, Consultorio Médico Global, Asuntos médicos, Fresenius Medical Care

Se han logrado avances importantes en la prestación de servicios de diálisis. El enfoque universal, con hemodiálisis estándar tres veces por semana en el centro, se orienta hacia una atención personalizada, priorizando la calidad de vida, la independencia y el manejo de los síntomas, adaptado a las necesidades clínicas y personales de cada paciente. La terapia de reemplazo renal en el hogar es un ingrediente fundamental en este esfuerzo.

Si bien el trasplante de riñón sigue siendo el tratamiento de referencia para la enfermedad renal terminal (ERT), la mayoría de las personas requieren diálisis antes de recibir un trasplante. Mientras los pacientes esperan el trasplante, es fundamental seleccionar la modalidad de diálisis adecuada.

Elección de terapia de reemplazo renal centrada en la persona:

La atención centrada en la persona requiere comprender las necesidades clínicas de cada persona, sus valores y creencias personales, sus esperanzas para el futuro y sus circunstancias de vida.

La educación sobre todas las opciones disponibles de terapia de reemplazo renal, diálisis en el centro y en el hogar, a menudo da como resultado que los pacientes prefieran las modalidades de diálisis en el hogar, que ofrecen mayor flexibilidad e independencia.

La diálisis peritoneal, proporcionada como DP ambulatoria continua (DPCA) o DP automatizada (DPA), suele ser la opción inicial al inicio de la necesidad de diálisis. Personas de todas las edades se someten a diálisis peritoneal. En los últimos años, las personas mayores de 65 años eligen cada vez más la DP como modalidad de tratamiento, lo que les permite participar en sus actividades cotidianas (1).

La hemodiálisis domiciliaria se administra como hemodiálisis domiciliaria (HDD) más frecuente, y la mayoría de las personas se someten a entre 4 y 6 sesiones por semana (2). La duración del tratamiento varía entre 2,5 y más de 6 horas, según las necesidades clínicas individuales y el estilo de vida. La HDD se ha utilizado con éxito desde las décadas de 1960 y 1970. Resurgió en EE. UU. a mediados de la década de 2000 y se ha cuadruplicado en los últimos 20 años (3). Hoy en día, más de 15,000 personas en EE. UU. se someten a diálisis domiciliaria (HDD) con mayor frecuencia. Aproximadamente el 40% elige la terapia durante el primer año de diálisis, mientras que la mayoría realiza la transición posteriormente a la HDD, muchas de ellas después de más de 5 años de diálisis. Al igual que con la DP, un número cada vez mayor de pacientes mayores elige la HDD, lo que refleja la mayor experiencia en la administración segura de diálisis domiciliaria a personas mayores con otras enfermedades (1).

Los pacientes que eligen la diálisis

domiciliaria destacan consistentemente la independencia, la flexibilidad y la búsqueda de la normalidad con tiempo para el trabajo, la familia, los amigos, la socialización y el cuidado, los viajes y la participación en la vida diaria. Los beneficios de una HHD más frecuente incluyen una mejor supervivencia (46), menores riesgos cardiovasculares (79), mejor calidad del sueño (10), menor tiempo de recuperación después de la diálisis (11,12) y una mejor calidad de vida en general (13).

Muchos pacientes refieren satisfacción con su decisión de someterse a terapias domiciliarias ya que les proporciona un mayor control sobre sus vidas.

HHD nocturno

La diálisis nocturna por alta presión (HDP) se realiza durante la noche mientras los pacientes duermen y es una opción atractiva con un impacto limitado en la carga diurna de la diálisis. El sistema NxStage System One/VersiHD está aprobado por la FDA para la HDP nocturna con un cuidador y para la diálisis diurna con o sin un cuidador (HDP individual).

Evidencia que apoya la HHD nocturna

Varios estudios observacionales realizados en Canadá, EE. UU. e internacionalmente han demostrado una ventaja en la supervivencia con HD nocturna (1419). Los pacientes sometidos a HD nocturna tienen una supervivencia comparable a la de las personas tratadas con un trasplante de riñón de cadáver (6).

Un estudio más reciente en EE. UU. confirmó estos resultados en pacientes sometidos a HD nocturna durante 20 o más horas de terapia durante al menos 4 sesiones por semana (20). Un estudio contrastante, el Ensayo Nocturno de la Red de Hemodiálisis Frecuente (FHN), informó peores resultados en el grupo de HD nocturna en comparación con la HD convencional. Sin embargo, estos hallazgos deben interpretarse con cautela debido al pequeño tamaño de la muestra y a las tasas de mortalidad inusualmente bajas en el grupo convencional, lo que limita la generalización de los datos (21).

Considerando la evidencia existente, muchos nefrólogos consideran que la hemodiálisis nocturna con eliminación gradual de toxinas y líquidos durante un tiempo de tratamiento más prolongado es una modalidad superior que no se prescribe con frecuencia en los EE. UU. (22).



¿Quién podría considerar la HHD nocturna?

- Los pacientes que podrían beneficiarse de la HHD nocturna incluyen aquellos con problemas de salud cardiovascular, grandes ganancias de líquidos, niveles de fósforo no controlados, caídas de la presión arterial durante la diálisis y tiempos de recuperación prolongados después de la diálisis.
- Los pacientes que experimentan agotamiento con la diálisis diurna podrían considerar sacar la terapia de su horario diurno y dializarse mientras duermen.
- Pacientes cuyas actividades diurnas y/o la disponibilidad de un cuidador acompañante favorecen el cuidado nocturno. diálisis.
- Los pacientes que cambian de DP a otra modalidad pueden continuar la diálisis en casa por la noche con esta elección de modalidad.
- Los pacientes que hacen la transición a la HHD nocturna a menudo informan mejoras notables en la energía y la recuperación posterior a la diálisis.

en mi sillón reclinable por la noche, con la intención de no dormir. Pero, para mi sorpresa, dormí durante la mayor parte del tratamiento y las agujas se mantuvieron firmes en su lugar. Mi confianza aumentó después de varios tratamientos y pronto pasaré a tratamientos nocturnos en cama.

Conclusión:

Las experiencias positivas de muchos pacientes con diálisis peritoneal nocturna motivan el apoyo continuo y la concienciación sobre la diálisis peritoneal nocturna como una modalidad alternativa a la diurna. La diálisis nocturna, al interrumpir menos las rutinas diarias, mejora la calidad de vida. Estudios observacionales han demostrado beneficios comparables a los del trasplante renal de cadáver. Los protocolos de seguridad, que incluyen la correcta fijación de las agujas y la inclusión de dispositivos de detección de sangre en los puntos de punción, buscan reducir el riesgo de eventos adversos graves, que son muy poco frecuentes (22). Aunque la diálisis nocturna todavía conlleva cargas, los pacientes a menudo la encuentran menos onerosa que otras opciones de diálisis.

Se recomienda a las personas que se someten a diálisis y están considerando la HHD nocturna que analicen la opción con su nefrólogo para garantizar una terapia segura e individualizada centrada en el paciente.

Voces de pacientes: experiencias del mundo real Las experiencias personales muestran los beneficios potenciales que cambia la vida de la HHD nocturna:

“Siempre hablamos de que los trasplantes son el regalo de la vida, pero, francamente, la hemodiálisis nocturna en casa ha sido para mí el regalo de la vida”.

Un paciente describió su transición inicial a la HHD nocturna:

Empecé con tratamientos de cinco horas



References:

1. USRDS, ADR 2024, Figura 2.7
2. USRDS, ADR 2024, Figura 2.11a
3. USRDS, ADR, 2024, Figura 1.8
4. Weinhandl ED, Liu J, Gilbertson DT, Arneson TJ, Collins AJ. Supervivencia en hemodiálisis domiciliaria diaria y pacientes emparejados en hemodiálisis en el centro tres veces por semana. *J Am Soc Nephrol* 23: 895–904, 2012
5. Sistema de datos renales de EE. UU., Informe anual de datos del USRDS, vol. 2, Tabla 6.3; datos de pacientes de 2015 y NxStage coincidentes en archivo.
6. Pauly RP, Gill JS, Rose CL, Asad RA, Chery A, Pierratos A, et al. Supervivencia en pacientes con hemodiálisis domiciliaria nocturna en comparación con receptores de trasplante renal. *Nephrol Dial Transplant*. 2009;24(9):2915–2919
7. Culleton BF, Walsh M, Klarenbach SW, et al. Efecto de la hemodiálisis nocturna frecuente frente a la hemodiálisis convencional sobre la masa ventricular izquierda y la calidad de vida: un ensayo controlado aleatorizado. *JAMA*. 2007;298(11):1291–1299.
8. Grupo de Ensayo FHN; Chertow GM, Levin NW, Beck GJ, Depner TA, Eggers PW, Gassman JJ, Gorodetskaya I, Greene T, James S, Larive B, Lindsay RM, Mehta RL, Miller B, Ornt DB, Rajagopalan S, Rastogi A, Rocco MV, Schiller B, Sergeyeva O, Schulman G, Ting GO, Unruh ML, Star RA, Klinger AS. Hemodiálisis en centro seis veces por semana versus tres veces por semana. *N Engl J Med*. 9 de diciembre de 2010;363(24):2287300. Publicación electrónica: 20 de noviembre de 2010. Fe de erratas en: *N Engl J Med*. 6 de enero de 2011;364(1):93.
9. Kotanko P, Garg AX, Depner T, Pierratos A, Chan CT, Levin NW, et al. Efectos del consumo frecuente Hemodiálisis y presión arterial: Resultados de los ensayos aleatorizados de la red de hemodiálisis frecuente. *Hemodial Int*. 2015;19(3):386–401
10. Jaber BL, Schiller B, Burkart JM, Daoui R, Kraus MA, Lee Y, et al. Impacto de la lectura diaria corta Hemodiálisis para el síndrome de piernas inquietas y trastornos del sueño. *Clin J Am Soc Nephrol*. Mayo de 2011;6(5):1049– 56.
11. Jaber BL, Lee Y, Collins AJ, Hull AR, Kraus MA, McCarthy J, et al. Efecto de la hemodiálisis diaria sobre los síntomas depresivos y el tiempo de recuperación posdiálisis: Informe provisional del estudio FREEDOM (Medidas de Resultados Posteriores a la Rehabilitación, Economía y Diálisis Diaria). *Am J Kidney Dis*. 2010;56(3):531–539.
12. Lindsay RM, Heidenheim PA, Nesrallah G, Garg AX, Suri R. Minutos de recuperación después de una Sesión de hemodiálisis: una pregunta sencilla sobre la calidad de vida relacionada con la salud, fiable, válida y sensible al cambio. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2006;1(5):952–959.
13. Bonenkamp AA, van Eck van der Sluijs A, Hoekstra T, Verhaar MC, van Ittersum FJ, Abrahams AC, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes de diálisis domiciliaria en comparación con la del centro Pacientes en hemodiálisis: una revisión sistemática y metaanálisis. *Kidney Med*. 2020;2(2):139–54. 2019;20(1):1– 8.
14. Lacson E Jr, Wang W, Lester K, Ofsthun N, Lazarus JM, Hakim RM. Resultados asociados con la hemodiálisis nocturna en pacientes de EE. UU. *J Am Soc Nephrol*. 2012;23(4):687695
15. Johansen KL, Zhang R, Huang Y et al. Supervivencia y hospitalización en pacientes que utilizan hemodiálisis nocturna y diurna corta en comparación con la hemodiálisis convencional: un estudio USRDS. *Kidney Int* 2009;76(9):984990
16. Nesrallah GE, Lindsay RM, Cuerden MS et al. La hemodiálisis intensiva se asocia con una mejor supervivencia en comparación con la hemodiálisis convencional *J Am Soc Nephrol* 2012;23(4):696705.
17. Mathew A, McLeggon JA, Mehta N et al. Mortalidad y hospitalización en diálisis intensiva: un Revisión sistemática y metanálisis. *Can J Kidney Health Dis* 2018; 5:118
18. Rivara MB, Adams SV, Kuttukrishnan S et al. La hemodiálisis de horario extendido se asocia con Menor riesgo de mortalidad en pacientes con enfermedad renal terminal. *Kidney Int* 2016;90(6):13121320.
19. NishioLucar AG, Bose S, Lyons G, Awuah KT, Ma JZ, Lockridge RS et al.: Cuidado intensivo en el hogar Supervivencia en hemodiálisis comparable a la del trasplante renal de donante fallecido. *Kidney Rep Int* 2020; (5):296306.
20. Rocco MV, Lockridge RS Jr, Beck GL et al. Efectos de la hemodiálisis nocturna frecuente en casa: Ensayo Nocturno de la Red de Hemodiálisis Frecuente. *Am J Kidney Dis* 2015; 66(3):459468.
21. Liu F, Abra G, Gupta N, Schiller B, Rivara M. Cómo trato la HHD nocturna: una modalidad de diálisis domiciliaria esencial pero poco recetada en los EE. UU. *Clin J Am Soc Nephrol*, publicación electrónica, octubre de 2025.
22. Platnich JM, Pauly RP: Capacitación y seguridad del paciente en hemodiálisis domiciliaria. *Clin J Am Soc Nephrol* 2024;19:10451050.



Opciones de tratamiento para la enfermedad renal terminal



Por Nancy Scott,
Gerente de Proyectos del
Centro Educativo DPC

Muchos pacientes se someten a diálisis de forma repentina y son ingresados en centros de diálisis. Se espera que más profesionales de la salud eduquen a los pacientes sobre las opciones de tratamiento. Cuando los pacientes se involucran y se informan sobre sus respectivas afecciones, tienden a tener una mejor calidad de vida, tanto física como mental. El mundo de la enfermedad renal está en constante cambio y tiene un impacto significativo en la vida de los pacientes renales.

Explorar posibles opciones de tratamiento para la insuficiencia renal

Un trasplante de riñón suele ser la mejor opción de tratamiento para pacientes con insuficiencia renal. Si no es elegible para un trasplante de riñón, o si está

esperando un riñón de un donante vivo o fallecido, necesitará diálisis. Para tratar la insuficiencia renal con diálisis, existen diversas opciones. Desde la diálisis en casa hasta el tratamiento en un centro, descubra cuál se adapta mejor a su estilo de vida.

Opciones de tratamiento en el hogar

Diálisis peritoneal (DP)

La diálisis peritoneal (DP) es un tratamiento sin agujas que se realiza en casa y que utiliza el revestimiento del abdomen (o vientre) para filtrar los desechos de la sangre. Es el tratamiento más similar a la función renal natural. Algunos de los beneficios potenciales de la DP incluyen:

- Control de tu propio tratamiento y un horario más flexible
- Mayor capacidad para perseguir intereses personales
- Preservación de la función renal restante, lo que conduce a mejores resultados clínicos.

- Mejores resultados de trasplante porque la DP también es más suave para el cuerpo, incluido el corazón.

Hemodiálisis domiciliaria (HHD)

La HHD funciona igual que la hemodiálisis en el centro, utilizando un filtro externo para eliminar las toxinas del cuerpo, solo que la máquina es más pequeña y fácil de usar. La HHD ofrece muchos beneficios potenciales, como:

- La capacidad de dializarse en la comodidad de su propio hogar.
- Mayor capacidad para viajar
- Tiempo de recuperación más corto después de los tratamientos.
- Se requieren menos medicamentos

Opciones de centros de diálisis

Hemodiálisis en el centro

La hemodiálisis en un centro requiere visitas a un centro de diálisis tres veces por semana. Utiliza una máquina para filtrar la sangre y eliminar las toxinas de los riñones. Ofrece varios beneficios potenciales, entre ellos:

- La oportunidad de socializar con otros pacientes y personal.

- Un equipo de atención personalizada
- No hay suministros para almacenar en casa

Diálisis nocturna en el centro

La diálisis nocturna en el centro le permite dializarse en el centro durante la noche tres veces por semana, durante 6 a 8 horas mientras duerme. También incluye posibles beneficios como:

- Sin interferencias con el horario diurno
- Un apetito mejorado
- Mejor control de la presión arterial

La próxima frontera de la medicina de trasplantes

Se han realizado más de 31,000 trasplantes de órganos que salvan vidas desde el primer trasplante de órgano de Mayo Clinic en 1963. Gracias a los avances en la preservación de órganos, las terapias con células madre, la medicina regenerativa, la bioingeniería y la inteligencia artificial (IA), los médicos y científicos de Mayo Clinic han podido mejorar los resultados de los pacientes durante todo el proceso del trasplante.

Desde la restauración de órganos que de otro modo no serían seguros para el trasplante hasta el avance de una estrategia de investigación en bioingeniería para desarrollar órganos similares a los humanos, estas innovaciones están cambiando la práctica de la medicina de trasplantes.

Trasplantar más órganos de forma segura

Los expertos de Mayo Clinic consideran que los sistemas de perfusión de órganos (dispositivos mecánicos que permiten que los pulmones, corazones, riñones e hígados donados se mantengan viables durante más tiempo) son uno de los mayores avances tecnológicos en trasplantes. Como pioneros en esta tecnología, los cirujanos de Mayo Clinic están restaurando órganos que de otro modo no serían seguros para el trasplante, lo que significa que más pacientes tienen acceso a trasplantes de órganos que salvan vidas.

“La tecnología de perfusión de órganos



no ha ayudado a ampliar el grupo de donantes y realizar trasplantes a más pacientes, al mismo tiempo que mantenemos algunos de los mejores resultados para los pacientes”, afirma Bashar A. Aqel, MD, director del Centro de Trasplantes de Arizona.

Cuidados paliativos

Si decide no someterse a un trasplante de riñón ni a diálisis, puede optar por cuidados paliativos o de apoyo para

ayudarlo a controlar sus síntomas y sentirse mejor. También puede combinar los cuidados paliativos con el trasplante de riñón o la diálisis.

Sin diálisis ni trasplante, la insuficiencia renal progresa y finalmente causa la muerte. La muerte puede ocurrir rápidamente o tardar meses o años. Los cuidados paliativos pueden incluir el manejo de los síntomas, medidas para mantenerlo cómodo y la planificación para el final de la vida.



1. Information from this section was retrieved from the American Diabetes Association (<https://www.diabetes.org/>)
2. Information from this section was retrieved from the Mayo Clinic’s website (<https://www.mayoclinic.org/>)
3. Bashar A. Aqel, M.D. (<https://www.mayoclinic.org/biographies/aqel-bashar-a-m-d/bio-20055093>)



CONVERTIR LAS PRUEBAS EN TRIUNFOS

Un viaje con la enfermedad renal



Por Alethea Walls,
miembro de la junta directiva
de DPC

He aprendido que vivir con una enfermedad renal no significa que la vida se detenga; sólo significa que aprendes a vivirla de manera diferente.

Mi camino con la enfermedad renal comenzó con tan solo 14 años. Me diagnosticaron glomerulonefritis de progresión rápida (GNPR) y mi vida cambió de la noche a la mañana. Mientras la mayoría de los adolescentes lidiaban con la secundaria y trabajos de medio tiempo, yo estaba aprendiendo sobre mis opciones de tratamiento. Empecé con diálisis peritoneal y luego pasé a hemodiálisis. Cada opción tenía sus propios ajustes, pero no iba a dejar que esto me detuviera. En cuanto cumplí 16, conseguí mi primer trabajo y nunca dejé de esforzarme. Llegó un momento en que trabajaba 30 horas a la semana mientras compaginaba mi vida con una enfermedad crónica.

Justo antes de cumplir 19 años, recibí mi primer trasplante de riñón. Fue un momento de esperanza y un tratamiento completamente nuevo, pero ese trasplante solo duró dos años. Luché por cumplir con el tratamiento, intentando desesperadamente sentirme "normal". Esa experiencia me moldeó y despertó mi pasión por ayudar a los demás, especialmente a los pacientes jóvenes. Comprender la importancia de la autodefensa y la atención constante

es fundamental, independientemente del tratamiento que se esté siguiendo. Empecé a guiar a otros en sus propias transiciones a la edad adulta, enseñándoles que la "normalidad" no tiene por qué parecerse a la de los demás, ya sea que se esté en diálisis peritoneal, hemodiálisis o recibiendo un trasplante.

Más tarde, mi tía se ofreció como donante vivo y me donó mi segundo riñón. Fue una bendición que renovó mi propósito. Me convertí en técnico de diálisis y, con el tiempo, en preceptor, ayudando a capacitar a la próxima generación de técnicos, con énfasis en la atención centrada en el paciente. Conocía tanto la parte clínica como la parte del paciente. Comprendí cómo funcionaban las diferentes modalidades de tratamiento porque vivía ambas experiencias.

Pero incluso con ese segundo trasplante, mis riñones volvieron a fallar. Tuve que volver a diálisis; esta vez, al principio solo tenía acceso al tratamiento en el centro, y pasé un mes en el hospital. Lo sobrellevaba mientras compaginaba varios trabajos y seguía mi pasión por la peluquería. Entonces llegó la pandemia de COVID19, y con ella, un diagnóstico erróneo y devastador: me quedaban dos años de vida debido a una presunta insuficiencia multiorgánica.

Pero Dios tenía otros planes.

El diagnóstico fue revertido posteriormente, y emergí con un renovado sentido de gratitud y misión. Hoy, he vuelto a diálisis y estoy en lista para otro trasplante de riñón

en Washington, D. C. Llevo casi 11 años en diálisis. Sigo visitando centros de diálisis en el área metropolitana de Detroit, ofreciendo consuelo, educación y tranquilidad a pacientes que, como yo, se han sentido abrumados y solos. Muchos adultos, especialmente después del diagnóstico, tienen miedo e inseguridad sobre qué opción de tratamiento es la adecuada para ellos. No siempre reciben la educación que necesitan sobre las opciones disponibles. Ahora los defiendo, ayudándolos a comprender sus opciones, tal como lo hice antes con pacientes más jóvenes.

En 2024, tuve el honor de ser Embajadora de Pacientes de DPC. Viajé a Washington, D. C., para compartir historias de la comunidad de pacientes, incluida la mía, con legisladores. Esa experiencia me inspiró a postularme para un puesto en la Junta Directiva de DPC, donde ahora sirvo con orgullo. Ser elegida para la junta es uno de los momentos de mayor orgullo de mi vida. Ahora sigo los pasos de tantos líderes pacientes increíbles y llevo sus voces, junto con la mía, a los espacios donde se toman las decisiones.

A través de cada altibajo, he aprendido que la enfermedad renal no me define. Me impulsa. Cada día me presento para defender, educar, consolar a otros y recordarles que, incluso con los contratiempos y las transiciones entre diferentes tratamientos, siempre hay un camino a seguir.

No solo sobrevivo. Vivo, doy y demuestro que la esperanza siempre es posible. and proving that hope is always possible.

Mi experiencia con la hemodiálisis domiciliaria



Por Amber Gardner,
embajadora de pacientes de DPC

Cuando me diagnosticaron insuficiencia renal en 2023, fue un shock. Había ido al médico por hipertensión, pero pronto supe que mis riñones estaban fallando. De repente, me enfrenté a decisiones que afectarían todos los aspectos de mi vida: qué tratamiento elegir, cómo adaptar mi rutina y qué significaba este diagnóstico para mi futuro.

Con experiencia en periodismo, la investigación siempre ha sido algo natural para mí. Pasé horas aprendiendo sobre diálisis, comparando la hemodiálisis (HD), realizada a través del brazo o un catéter, y la diálisis peritoneal (DP), realizada a través del estómago. Quería comprender cada detalle antes de comprometerme con un tratamiento. Al principio, intenté retrasar la diálisis mientras cambiaba mi dieta y estilo de vida, con la esperanza de frenar la progresión de mi enfermedad. Pero mi cuerpo tenía otros planes, y pronto me encontré de nuevo en el hospital, necesitando tratamiento inmediato.

Poco después, comencé con hemodiálisis en el centro con catéter. La adaptación fue difícil, no solo física sino emocionalmente. Tuve dificultades con el ambiente clínico, la rotación del personal, la falta de constancia y los ocasionales problemas con la capacitación, lo que me impidió sentirme cómoda. Tras experimentar una reacción alérgica durante una de mis sesiones, supe que necesitaba buscar un camino diferente.

Seis meses después, hice la transición a la diálisis en casa. Mi madre se convirtió en mi cuidadora legal, y eso ha marcado la diferencia.

Tener una cara familiar y manos firmes gestionando mis tratamientos ha mantenido mi catéter sano y libre de infecciones. La diálisis en casa me ha devuelto la sensación de control. Puedo gestionar mi horario, crear un ambiente cómodo y concentrarme en mi bienestar sin la tensión emocional de visitas a la clínica.

El camino no ha sido fácil. Poco después de mi diagnóstico, tuve que renunciar a mi trabajo como maestra. Sin protección sindical ni orientación clara sobre adaptaciones laborales, desconocía mis derechos. Mis ingresos bajaron significativamente al pasar de un salario a la prestación por discapacidad, y tuve que aprender a aprovechar al máximo cada dólar. Pero a pesar de todo, he



encontrado maneras de mantener mi calidad de vida, viajando cuando puedo y disfrutando de las pequeñas cosas.

Ahora estoy buscando un trasplante de donante vivo para evitar la larga espera. He aprendido que estar informado y ser proactivo puede marcar la diferencia. Mi consejo para cualquier persona recién diagnosticada es simple: defienda su propia causa. Revise su historial médico, haga preguntas y no dude en investigar todas las opciones disponibles. Conozca sus derechos legales en el trabajo y explore los programas financieros que pueden ayudarle a mantenerse a flote.

La insuficiencia renal te cambia la vida, pero no tiene por qué dominarla.

Con el apoyo, la información y la determinación adecuados, puedes encontrar un tratamiento que te funcione. Para mí, eso significó hemodiálisis en casa y la posibilidad de vivir con más paz, confianza y esperanza para el futuro.



VIVIR PLENAMENTE

Mi experiencia con la diálisis peritoneal



Por Dwan Dobson,
Embajador de Pacientes de DPC

Cuando me diagnosticaron insuficiencia renal en 2005, sentí que mi vida había dado un vuelco de la noche a la mañana. Un

día trabajaba como profesora y tutora en un centro de detención, y al siguiente, estaba en el hospital enterándome de que mis riñones habían dejado de funcionar. Como tantos otros, no sabía qué esperar, pero estaba decidida a mantener una actitud positiva y seguir adelante.

Al principio, comencé con diálisis de emergencia a través de un puerto torácico. Una vez que me adapté, pasé a la diálisis peritoneal (DP) en casa. La DP me dio flexibilidad. Pude seguir enseñando, asesorando y haciendo lo que me apasionaba, a la vez que gestionaba mis tratamientos de forma que se ajustaran a mi estilo de vida. En 2015, tuve la suerte de recibir un trasplante de riñón. Durante casi 10 años, ese don me dio una segunda oportunidad para vivir con normalidad.

Desafortunadamente, en 2023, mi riñón trasplantado empezó a fallar. Sabía lo que eso significaba: era hora de reiniciar la

DP. Comencé de nuevo a finales de 2024, y aunque el proceso no fue fácil, recordé las lecciones que había aprendido: perseverancia, gracia y seguir viviendo la vida. La DP me permite, una vez más, gestionar mis tratamientos a mi propio ritmo y mantener mi independencia mientras espero otro trasplante.

Incluso con diálisis, nunca he dejado que mi condición me frene. He viajado a Dubái, hecho cruceros y visitado Las Vegas, todo mientras estaba en diálisis. Poder pedir mis suministros a distancia me ha permitido seguir explorando, aunque a veces eso significa llevar cajas de suministros conmigo al extranjero. La mayoría de mis compañeros de trabajo ni siquiera saben que estoy en diálisis; simplemente me concentro en mi trabajo y mantengo una actitud positiva.

Encontrar un donante vivo no ha sido fácil. Varios amigos y familiares han intentado donar, pero problemas de salud como la diabetes o la insuficiencia renal lo impidieron. Aun así, mantengo la esperanza. Mi fe y el apoyo de mi comunidad me mantienen con los pies en la tierra, y estoy de nuevo en la lista de espera para un trasplante, listo para la siguiente etapa.

También he aprendido mucho sobre cómo cuidarme. Al reflexionar sobre mi primer trasplante, me doy cuenta de que no siempre fui tan constante con mis medicamentos como debería. Esa experiencia me enseñó la importancia de ser disciplinado, tomar los medicamentos a tiempo, comer sano y controlar los niveles de fósforo y líquidos. Estos hábitos marcan la diferencia.

Para cualquier persona recién diagnosticada, mi consejo es simple: no se rinda. La diálisis no es el fin de su vida, es una forma de seguir viviendo. Ya sea DP en casa o hemodiálisis en un centro, encuentre el tratamiento que se adapte a su estilo de vida y le brinde la mejor calidad de vida. Manténgase positivo, infórmese y nunca dude en pedir ayuda o compartir su historia.

La enfermedad renal me ha enseñado que la actitud es tan importante como el tratamiento. Cada día me despierto agradecida por la atención recibida, mis estudiantes y las oportunidades que aún tengo para vivir la vida al máximo. Mi camino aún no ha terminado, pero lo afronto con esperanza, fuerza y diligencia.



Logros del programa Medigap estatal para 2025 y prioridades para 2026



Por **Elizabeth Lively**, Directora de Defensa de la Región Este de DPC, y **Pamela Zielske**, Directora de Defensa de la Región Oeste de DPC Director de Defensa

DPC continuará aprovechando este impulso en el ámbito estatal de Medigap en la sesión legislativa de 2026. Actualmente, nuestros directores de defensa estatal están planeando impulsar la legislación de Medigap en Georgia, Massachusetts, Michigan, Nebraska, Ohio y Utah.

¿Cómo puedes ayudar? Buscamos constantemente Embajadores Pacientes de DPC que compartan sus historias escribiendo cartas a legisladores, testificando en audiencias de comités y participando en las Alertas de Acción que enviamos por correo electrónico a nuestros miembros. Forjar relaciones sólidas con los legisladores a través del proceso legislativo es la clave para que DPC logre el éxito y mejore la calidad de vida de sus miembros y sus familias. Para obtener más información sobre cómo puede colaborar con nuestro programa estatal de defensa, visite el sitio web de DPC (www.dialysispatients.org/get-involved/).

LOS ESTADOS LIDERAN LA EXPANSIÓN DEL ACCESO A MEDIGAP

En todo el país, los estados están tomando medidas para garantizar que los pacientes vulnerables menores de 65 años tengan acceso a la cobertura que necesitan. Gracias a una defensa decidida y un sólido apoyo bipartidista, estos cinco estados han promulgado leyes para transformar vidas al ampliar el acceso a una cobertura Medigap asequible, uniéndose a más de una docena de estados que ya cuentan con leyes similares.

¿QUÉ ES MEDIGAP?

Medigap es un seguro complementario de Medicare que venden las compañías de seguros privadas y que ayuda a cubrir los costos que no cubre el Medicare original (Partes A y B). Dado que Medicare solo cubre el 80% de los costos sin límite anual, Medigap proporciona una cobertura complementaria vital para ayudar a cubrir las hospitalizaciones (Parte A) y la atención ambulatoria (Parte B), especialmente para las personas con discapacidades que tienen necesidades médicas costosas.

RECIENTES VICTORIAS PARA PACIENTES EN TODO EL PAÍS

2025	 NEVADA El proyecto de ley SB 292 fue aprobado por unanimidad en el Senado (20-0) y en la Asamblea (39-3).	 TEXAS El proyecto de ley HB 2516 fue aprobado en la Cámara de Representantes por 133 votos a favor y 4 en contra, y por unanimidad en el Senado, con 31 votos a favor y ninguno en contra.
2024	 INDIANA El proyecto de ley SB 215 fue aprobado en el Senado por 42 votos a favor y 2 en contra, y por unanimidad en la Cámara de Representantes con 91 votos a favor y 0 en contra.	
2023	 VIRGINIA El proyecto de ley HB 1640 fue aprobado por unanimidad tanto en la Cámara de Representantes (100-0) como en el Senado (40-0).	 KENTUCKY El proyecto de ley HB 323 fue aprobado en la Cámara de Representantes por 91 votos a favor y 1 en contra, y figuraba en el calendario de votación por unanimidad del Senado, lo que significa que requería un voto unánime.



Kidney-Friendly

Recipie



Thanks to Fanny Sung Whelan, MS, RDN, LDN, a member of the **Ed Center Advisory Council** and a registered dietitian who works with people with all stages of kidney disease, for providing us with a recipe that would be a quick and delicious addition to any holiday dinner!



Thanks to María E. Rodríguez, MS, RD, CSR, LND for providing us with the Spanish translation of this recipe! María is a registered dietitian and board-certified renal nutrition specialist with 16 years of experience in the kidney space. She lives in Puerto Rico and owns a virtual private practice where she works

with Spanish-speaking adults who live with CKD to help them slow kidney disease progression.

**Always check with your nutritionist before incorporating new foods or recipes into your diet to make it is right for you.*

Gracias a Fanny Sung Whelan, MS, RDN, LDN, miembro del Consejo Asesor del Centro Educativo y dietista titulada que trabaja con personas en todas las etapas de la enfermedad renal, por proporcionarnos una receta que sería un complemento rápido y delicioso para cualquier cena festiva.

Gracias a María E. Rodríguez, MS, RD, CSR, LND, por proporcionarnos la traducción al español de esta receta. María es dietista registrada y especialista en nutrición renal certificada por la junta con 16 años de experiencia en el área renal. Reside en Puerto Rico y tiene una consulta privada virtual donde trabaja con adultos hispanohablantes que viven con ERC para ayudarlos a retrasar la progresión de la enfermedad renal.

**Consulte siempre con su nutricionista antes de incorporar nuevos alimentos o recetas a su dieta para asegurarse de que sean adecuados para usted.*



Parmesan Roasted Green Beans

Submitted By **JoEllen Ford, MS, RD, LDN**

Prep Time: 00:05
Cook Time: 00:15
Total Time: 00:20

Ingredients

Makes 4 Servings

- 1 lb. fresh green beans
- 2 T. olive oil
- 2 T. grated parmesan cheese
- 2 T. panko bread crumbs
- ¼ tsp. salt
- ½ tsp. garlic powder

Instructions

Preheat oven to 400°. Combine all ingredients in a large mixing bowl; toss to coat. Spread green beans on a large rimmed baking sheet. Roast for 15-20 minutes; stirring halfway through.

Nutrition Facts (Per Serving)

- Sodium: 244 mg
- Potassium: 120 mg
- Phosphorus: 16 mg

Habichuelas tiernas horneadas con parmesano

Receta enviada por **JoEllen Ford, MS, RD, LDN**

Tiempo de preparación: 5 min
Tiempo de cocción: 15 min
Tiempo total: 20 min

Ingredientes

Porciones: 4

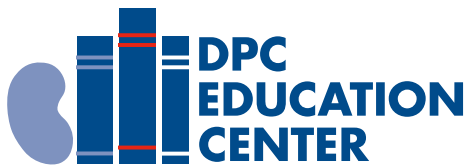
- 1 libra (aprox. 450 g) habichuelas tiernas (o judías verdes) frescas
- 2 cucharadas aceite de oliva
- 2 cucharadas queso parmesano rallado
- 2 cucharadas pan rallado japonés (panko)
- ¼ cucharadita sal
- ½ cucharadita ajo en polvo

Instrucciones

Precaliente el horno a 400 °F (200 °C). En un tazón grande, mezcle todos los ingredientes hasta que las habichuelas tiernas (o judías verdes) estén bien cubiertas con el resto de los ingredientes. Distribuya las habichuelas o judías en una bandeja para hornear con bordes. Hornee por 15-20 minutos, revolviendo a la mitad del tiempo de cocción.

Información Nutricional (por porción):

- Sodio: 244 mg
- Potasio: 120 mg
- Fósforo: 16 mg



1300 17th Street N, Suite #580
Arlington, VA 22209

NON PROFIT ORG
US POSTAGE
PAID
SEATTLE, WA
PERMIT NO 2389

Felices fiestas

De parte de DPC y de la Junta Directiva, el personal y los voluntarios del Centro Educativo de DPC, queremos desearles a usted y a sus seres queridos unas fiestas cálidas y llenas de alegría. Gracias por ser parte de nuestras organizaciones, por ayudar a que sigan creciendo y por ser una voz para los pacientes renales en todo el país.

Miembros de la Junta Directiva y del Consejo Asesor



Miembros de la Junta Directiva y Consejo Asesor

Miembros de la junta directiva: Merida Bourjolly, President; Shekeila Harris, Vice President; Hasan Artharee, Treasurer; Cheri Rodriguez Jones, Secretary; Quiana Bishop; Gene Blankenship; Adam Goldstein; Arthur Hill; Adrian Miller; Maria Robinson; Ken Stephens; Alethea Walls;

Consejo Asesor: Kathryn Aebel-Groesch, *LCSW*; Sandra Amara, *MD, MHS*; Akhtar Ashfaq, *MD*; Helen Chang-DeGuzman, *MD*; Debbie Cote, *MSN, RN, CNN, NE-BC*; Steve Curtiss, *MD, FACS*; Shaminder Gupta, *MD, FACP*; Elizabeth Jones, *MSW, LCSW*; Claudine Jurkovitz, *MD, MPH*; David L. Mahoney, *MD, FASN, FASDIN*; Rajnish Mehrotra, *MD*; Stacy Ogbeide, *Psyd, MS, ABPP*; Jessianna Saville, *MS, RDN, CSR, LD, CLT*; Joanne Smith, *RN*; Fanny Sung Whelan, *MS, RDN, LDN*; Joan Thomas, *MPA, CEM, ABCP, MEP*; Steve Wilson, *MS, CSP*



edición número 22