

Randall Manuel Lou Meda

La Nefrología en Guatemala Una Historia Viva

Asesora: Dra. Gladys Tobar Aguilar



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN INVESTIGACIÓN**

Guatemala, noviembre del 2011

Este informe fue presentado por el autor como trabajo de tesis previo a optar el grado de Maestro en Investigación.

Guatemala, noviembre del 2011

Contenido	Número de página
Introducción	
Capítulo I Historia de la Nefrología	6
1.1 La Nefrología como Disciplina	
1.2 Insuficiencia Renal y Terapias de Reemplazo Renal (diálisis)	8
1.3 Insuficiencia Renal y Terapias de Reemplazo Renal (trasplante)	
1.4 El concepto de Progresión de la Enfermedad Renal	
1.5 Nefrología y Salud Pública	9
1.6 La Nefrología en Guatemala	10
1.7 Los Inicios	
1.8 El Seguro Social	
1.9 Terapia de Reemplazo Renal	11
1.10 Nacimiento de UNAERC	12
1.11 Post Grados en Nefrología	13
1.12 Asociación Guatemalteca de Nefrología (AGN)	
Capítulo II Entrevistas con los Pioneros	15
2.1 Doctor César Augusto Vargas Monterroso	16
2.2 Doctor Óscar Oswaldo Cordón Castañeda	24
2.3 Doctor Carlos Joaquín Bethancourt Monzón	34
2.4 Doctor Jorge Mario Izaguirre Estrada	41
2.5 Doctor Manuel Humberto Toledo Solares	47
2.6 Doctor Leonel de Gandarias Iriarte	59
2.7 Doctor José Alfredo Emilio Mollinedo Paniagua	64
2.8 Doctor Julio Alfredo Monzón Juárez	70
2.9 Doctor Gilberto Recinos Mijangos	75
2.10 Doctor Luis Fernando Arroyo García	80
2.11 Doctora Alejandra Arredondo Colindres	88
2.12 Doctor José Vicente Sánchez Polo	91
Capítulo III La Enfermedad Renal en Guatemala	98
3.1 Epidemiología de la Enfermedad Renal en Guatemala	
3.2 Principales Retos Identificados por los Pioneros	
3.3 Lineamientos Generales para la Elaboración de un Plan de Acción Nacional para el abordaje de la Enfermedad Renal Crónica	100
Conclusiones y Recomendaciones	105
Bibliografía	107
Apéndice	108

**“Si he llegado a ver lejos es porque me he
puesto de pie sobre hombros de gigantes.”**

Isaac Newton

Introducción

La Nefrología es la rama de la Medicina que se encarga del estudio de los Riñones en la salud y en la enfermedad. Es una ciencia recién nacida, si se compara con otras especialidades médicas, pero que ha cobrado gran importancia en las últimas décadas. Las enfermedades de los riñones se han incrementado de manera epidémica en los últimos 20 años. Esta realidad no es exclusiva de los países industrializados, sino que también afecta a los países en vías de desarrollo. Por esta razón, la Nefrología ha pasado a ser una disciplina de importancia en la salud pública y con interacciones importantes con casi todas las otras disciplinas médicas existentes.

Guatemala también sufre los azotes de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como problema de salud pública (10, 11) y no existe un *Plan de País* para enfrentar esta situación (12). Tampoco existe documento alguno que sistematice el desarrollo de la Nefrología en Guatemala. La brecha generacional supone el riesgo de que las nuevas generaciones de nefrólogos guatemaltecos comprometan sus energías en esfuerzos paralelos a los ya existentes y que se cometan nuevamente errores del pasado

Ante la ausencia de documentos históricos locales que nos permitan generar una perspectiva teórica que facilite el acercamiento al problema de la ERC en Guatemala, se plantearon las siguientes preguntas ¿Cómo nació la Nefrología en Guatemala y cuáles son sus principales hitos históricos? ¿Quiénes fueron sus impulsores? ¿Cuáles son los retos de la Nefrología que se identifican desde la perspectiva de los pioneros? Por lo que se realizó un estudio de enfoque cualitativo, utilizándose el método de investigación de tipo etnográfico a través del cual se describe el desarrollo de la Nefrología como disciplina y específicamente, como proceso de reconstrucción de la historia de esta especialidad en Guatemala desde la experiencia vivida por sus protagonistas, la que es narrada a través de las entrevistas realizadas y que dieron lugar al planteamiento del abordaje de un problema de salud pública como lo es la Enfermedad Renal Crónica. La información obtenida en las entrevistas se integró en un resumen que incluye, de forma holística, cada uno de los distintos enfoques de los principales hitos de la Nefrología guatemalteca. De estas entrevistas también se extrajeron los principales retos que debe enfrentar la Nefrología guatemalteca en el siglo XXI.

Se planteó como objetivos de esta tesis de maestría el establecer los orígenes y la evolución de la práctica de la Nefrología en Guatemala, identificar los principales retos para que los nefrólogos puedan prevenir, identificar y tratar oportunamente a los pacientes con ERC y el proponer lineamientos generales que permitan elaborar un plan de acción nacional, que ayude a enfrentar los retos identificados por los nefrólogos.

En el primer capítulo se resaltan los hechos que se consideraron relevantes en el desarrollo de la Nefrología como una disciplina médica, desde sus inicios hasta nuestros días. La intención de este capítulo es darle al lector una perspectiva general sobre la cual pueda comparar el desarrollo de la Nefrología guatemalteca. En la segunda parte del capítulo se ofrece un resumen que ordena de forma cronológica el desarrollo de la Nefrología en Guatemala y es producto de la información recopilada en entrevistas realizadas a nefrólogos guatemaltecos. El segundo capítulo incluye la transcripción de entrevistas realizadas a los pioneros de la Nefrología guatemalteca y algunos documentos de interés histórico proporcionados por ellos. En el tercer capítulo se aborda el tema de la epidemiología de la Enfermedad Renal en Guatemala, complementando el contenido con los principales retos de la Nefrología que fueron identificados por los pioneros. Se ofrece una serie de lineamientos generales que faciliten la creación de un plan coherente que permita enfrentar los retos inmediatos de las generaciones más jóvenes de nefrólogos

Se cierra el trabajo con las conclusiones y recomendaciones. En el apéndice se ofrece un cuadro sinóptico con los hechos relevantes de la historia de la Nefrología guatemalteca, y se comparan con la historia general de la Nefrología.

Capítulo I

Historia de la Nefrología

1.1 La Nefrología como Disciplina.

Reconstruir la Historia de la Nefrología no es un asunto sencillo a pesar de ser ésta una especialidad médica “recién nacida”. El estudio del tracto urinario en la salud y la enfermedad nació conjuntamente con la Medicina. En los tiempos antiguos se atribuía a los riñones una serie de funciones de orden místico y metafísico. En el Pentateuco bíblico, por ejemplo, los riñones son repetidamente referidos como el sitio de origen de las emociones, como el centro mismo del individuo y el área más vulnerable de la persona humana (7).

Desde el tiempo de los griegos, los riñones han dejado de ser vistos como los órganos responsables del temperamento y de las emociones. El avance del conocimiento hizo que el aura de misterio desapareciera. El desarrollo de los estudios anatómicos durante los años del Renacimiento, permitió que los hallazgos clínicos pudieran ser relacionados con anomalías estructurales encontradas en autopsias, lo cual produjo como consecuencia, el desarrollo de una taxonomía que facilitó el diagnóstico y clasificación de las enfermedades renales (14).

Se atribuye a Richard Bright (1,789-1,858) ser el “Padre de la Nefrología”, por sus trabajos que describen casos de nefritis en 1,840, aunque la Nefrología no se estableció como especialidad médica sino hasta la década comprendida entre 1,950 y 1,960. Fue en esa época que Jean Hamburger y sus colegas fundaron un servicio dedicado a la atención de pacientes con enfermedades renales en el Hospital Necker en París, Francia (14).

Algunos años antes de que el Dr. Jean Hamburger fundara su Servicio de Nefrología, se habían iniciado en Estados Unidos las unidades de Estudios Metabólicos para el estudio de la homeostasia y las alteraciones de líquidos y electrolitos en el cuerpo humano. En estas Unidades de Estudios Metabólicos se ingresaban pacientes con desórdenes en la cantidad y composición del líquido extracelular, esto incluía problemas renales predominantemente, pero también hepáticos y endócrinos. En esa época hubo un avance grande en el conocimiento de la composición química de la sangre y de la orina (14).

1.2 Insuficiencia Renal y Terapias de Reemplazo Renal (diálisis)

Los avances teóricos descritos permitieron que en la primera mitad del siglo 20 se generara el concepto de *Insuficiencia Renal Crónica*, entendiendo ésta como el estado clínico producido por alteraciones en la composición química de la sangre, derivada de un daño permanente en la estructura de los riñones (8,14). Como consecuencia, en la segunda mitad del siglo 20 se desarrollaron terapias que buscaban reemplazar las funciones renales, proveyendo

a la humanidad de una oportunidad para prolongar la vida de los pacientes afectados por Insuficiencia Renal Crónica (8).

En 1,861 el Profesor Thomas Graham de la Universidad de Glasgow describió la difusión de cristaloides a través de una membrana semipermeable. Usando este método, extrajo urea de la orina y acuñó el término “*diálisis*”. Este principio sirvió de base para que Johan Abel construyera el primer riñón artificial y lo utilizara en animales en 1,913, y que George Haas, realizará en humanos la primera hemodiálisis en 1,924. La experiencia acumulada por estos pioneros y la acuciosidad de Willem Johan Kolff, permitió la construcción de la primera máquina de hemodiálisis de utilidad clínica en 1,943. En ese momento de la historia, las máquinas de hemodiálisis eran reservadas especialmente para pacientes con un daño reversible en los riñones (Insuficiencia Renal Aguda) debido principalmente a la limitación que suponía contar con un acceso vascular permanente (6).

En 1,960 Belding H. Scriber concibió la idea de crear un acceso vascular permanente que permitiera la hemodiálisis de forma repetida y crónicamente. Su idea fue crear una fístula arteriovenosa en el antebrazo a través de interconectar un par de cánulas plásticas insertadas quirúrgicamente en una arteria y una vena del antebrazo. En el año de 1,966 surge la técnica de Brescia Cimino, usada en la actualidad para realizar fístulas por ser más práctica y segura.

Paralelamente al avance de la hemodiálisis, como una opción de terapia de reemplazo renal, se desarrollaba la Diálisis Peritoneal. La técnica de lavado peritoneal había sido descrita en 1,744 por Stephen Hales y la primera diálisis peritoneal fue realizada por Ganter en 1,923. La técnica de instilar soluciones dializantes a través de una cánula rígida insertada en el abdomen, había sido utilizada en 1,946 por varios centros como tratamiento para pacientes con Insuficiencia Renal Aguda. Sin embargo el tratamiento de pacientes crónicos se veía limitado debido a la necesidad de punciones abdominales repetidas (17). Tenckhoff desarrolló en 1,968 un catéter blando, que era tunelizado en el tejido subcutáneo para evitar las complicaciones infecciosas y que por tanto, podía ser usado de manera crónica. Nació con esto la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, en manos de Moncrieff y Popovich en el año de 1,976.

La creación de la máquina de hemodiálisis, la creación de la fístula arteriovenosa y el desarrollo de la diálisis peritoneal permitió, no sólo el desarrollo de la Nefrología como rama de la Medicina, sino también la sobrevida de pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. Este último hecho, el de la mayor sobrevida de los pacientes, fue definitivamente el combustible para el desarrollo del campo de la Trasplantología (6,8).

1.3 Insuficiencia Renal y Terapias de Reemplazo Renal (trasplante)

Desde tiempos inmemorables la humanidad había soñado con la posibilidad de reemplazar órganos defectuosos por órganos sanos. Debido a que antes de 1,954 no se contaba con el conocimiento necesario en el campo de la inmunología para entender y prevenir el fenómeno del “rechazo”, todos los intentos de “trasplante” habían fallado. Fue hasta que se acumuló suficiente conocimiento médico y de técnica quirúrgica, que la humanidad pudo ver en 1,954 el primer trasplante renal exitoso. Este trasplante entre dos gemelos idénticos fue realizado por los cirujanos David Hume, Joseph Murray y J. Hartwell Harrison y por el nefrólogo J.P. Merrill (15).

El descubrimiento de la cascada de activación del sistema inmunológico y el desarrollo de fármacos que regularan esta cascada (esteroides, azatioprina, 6 mercapto purina) llevó en 1,962 a la posibilidad de realizar trasplantes entre individuos con diferente información genética. Esto permitió que más pacientes con insuficiencia renal crónica tuvieran la posibilidad de recibir un trasplante. Pero aún así, no había disponibilidad de suficientes órganos.

En 1,968 se produce un acontecimiento de máxima importancia. Se trata de la publicación del Informe del Comité Especial de la Escuela de Medicina de Harvard presidido por Henry Beecher, en donde se definían los Criterios de Harvard para Muerte Cerebral. Se define “Muerte Cerebral” y la humanidad experimenta la redefinición de la muerte: ya no era el cese de las funciones cardio pulmonares, sino el cese de las funciones cerebrales. El trasplante renal cadavérico encontraba ahora un horizonte extenso (15).

La ciclosporina fue descubierta por el Dr. Jean Borel y en 1,978 se conocen los primeros reportes clínicos de su uso en trasplante. En 1,983 se populariza el uso de la ciclosporina, aumentando la sobrevida de los injertos de forma importante. En ese momento el trasplante renal llega a su etapa de madurez, constituyéndose en la mejor opción terapéutica para el paciente con Insuficiencia Renal Crónica. Luego se desarrollan nuevos fármacos que ofrecen mejores expectativas de éxito en trasplante: tacrolimus (1,986), micofenolato (1,995) y rapamicina (1,999) (15).

1.4 El concepto de Progresión de la Enfermedad Renal

En la década de 1,980 las publicaciones de Brenner y colaboradores plantean la nueva idea de que la reducción en el número de nefronas viables aumenta el trabajo de las nefronas remanentes (*hiperfiltración*) llevando a una espiral de daño que termina en Insuficiencia Renal Crónica. Esta *Teoría de la Hiperfiltración* sirvió de base para una serie de conceptos que, en última instancia, sugieren la posibilidad de prevenir o enlentecer la progresión del daño renal. Como consecuencia, se genera el concepto de *Enfermedad Renal Crónica*, entendiendo ésta como toda anormalidad en la composición de la orina, sangre, estudio de imagen o biopsia renal, que dure tres meses o más (4). La NKF (National Kidney Foundation) propone a través de K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative) un sistema de clasificación de la

Enfermedad Renal Crónica en estadios del 1 a 5 que permite visualizar mejor el concepto de progresión de la enfermedad renal, y más importante aún, permite visualizar el concepto de *prevención* de la progresión de la enfermedad renal crónica.

1.5 Nefrología y Salud Pública

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) como Diabetes, Enfermedad Cardiovascular y Enfermedad Renal Crónica, han aumentado a nivel mundial, desplazando a las enfermedades infecciosas como primera causa de morbilidad y mortalidad en todos los continentes exceptuando África (8). En Guatemala la mortalidad por enfermedades infectocontagiosas ha disminuido de 76 a 62%, mientras que la mortalidad por ECNT ha aumentado en un 60% en los últimos 20 años (12).

Actualmente existen en el mundo 232 Países o Estados soberanos (4). De este total de países, 110 países (con cerca de 500 millones de personas) no cuentan con programas de Terapia de Reemplazo Renal (TRR) y, consecuentemente, la Insuficiencia Renal Crónica es una sentencia de muerte para sus habitantes. De los 112 países que cuentan con programas de TRR, el 99% de los tratamientos se realizan en 75 países y el 1% en los restantes 37 países. Sin embargo, solamente cinco países (Estados Unidos, Japón, Alemania, Brasil e Italia) aportan el 56% de pacientes que en el mundo reciben TRR (5).

Es un hecho conocido que el acceso a Terapia de Reemplazo Renal está definido por el poder económico de los países y dentro de un país, por el poder económico de las personas dentro de ese país (5). Es en este contexto que el concepto de *Prevención de la Progresión de la Enfermedad Renal Crónica* cobra relevancia, especialmente en países con recursos limitados.

Las circunstancias cambiantes del mundo y las peculiaridades de la medicina en países en desarrollo, generan la necesidad de ajustar la actividad del nefrólogo tradicional. El Nefrólogo del siglo XXI deberá estar capacitado para ampliar su radio de acción fuera de los hospitales y unidades de diálisis, llevándolo a participar activamente en programas de Epidemiología y Salud Pública, Educación Médica y generación de propuestas políticas que favorezcan cambios en los sistemas nacionales de salud.

Historia de la Nefrología en Guatemala

1.7 Los Inicios

Corría el año 1,964 y el mundo miraba con asombro la expansión de la Guerra de Vietnam (13). En Guatemala no terminaban de acallarse las aguas: acababa de concluir un nuevo golpe de Estado que colocó en el poder al General E. Peralta Azurdía y la guerrilla estaba en el inicio de sus acciones (13). Fue en ese año de 1,964 en que volvió al país el Dr. César Augusto Vargas Monterroso, primer nefrólogo guatemalteco. Él había concluido su entrenamiento en Metabolismo (en ese entonces no existía el entrenamiento en Nefrología) en el Hospital Walter Reed, bajo la dirección del Dr. Kevin Barry. También había recibido clases con el Dr. Belding Scribner, quien en 1,960 inventó la fístula arteriovenosa externa, uno de los avances más revolucionarios en la Nefrología, que permitió la sobrevivencia a largo plazo de los pacientes en hemodiálisis (15). Poco tiempo después que el Dr. Vargas, regresó a Guatemala el Dr. Manuel Arias Tejada.

Como todos los inicios, el de la Nefrología no fue fácil. Nos cuenta el Dr. Vargas que en esos días en que “no tenían la oportunidad de ofrecer a sus pacientes las modalidades terapéuticas que hay ahora”, “miraban llegar a aquellos pacientes con 20-25 miligramos por decilitro de creatinina. Al oírles el corazón se les oía su frote pericárdico” y los maestros de esos días decían “*Es el heraldo de la muerte*”. Fue en esas circunstancias en que se empezó a hablar de Nefrología y se realizaron en el Hospital General San Juan de Dios las primeras diálisis peritoneales con catéteres rígidos (muchas veces sondas de Nelaton) y soluciones artesanales. Fue en esos tiempos, en que por primera vez se empezaron a cuestionar antiguos paradigmas a cerca de la idoneidad de la terapia de reemplazo renal en Guatemala, por ser este un país en desarrollo.

1.8 El Seguro Social

No fue sino hasta el año de 1,972 en que se creó el primer servicio de Nefrología en Guatemala: un área hospitalaria dedicada exclusivamente a la atención de pacientes con enfermedades renales. Esto ocurrió en el Hospital del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y su fundador fue el Dr. Óscar Oswaldo Cordón Castañeda. Poco tiempo después de fundado, se unieron al Dr. Cordón Castañeda los doctores Justo César Galicia Celada y Carlos Joaquín Bethancourt Monzón. El Servicio de Nefrología del IGSS, ha sido desde sus inicios una punta de lanza que ha favorecido el avance de la Nefrología en Guatemala. Nos relata el Dr. Cordón Castañeda que fue durante su gestión como jefe de ese servicio (1,972 - 1,993) que surgieron los programas de Hemodiálisis Crónica (1,975) Trasplante Renal (1,985), y Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (1,992). Como puntualiza el Dr. Leonel de Gandarias Iriarte en su entrevista, el IGSS también ha favorecido el avance de la Nefrología a través de la inclusión de nuevos medicamentos (ciclosporina, eritropoyetina y micofenolato) en el arsenal terapéutico del nefrólogo guatemalteco.

1.9 Terapia de Reemplazo Renal

Durante muchos años la única opción de terapia de reemplazo renal (TRR) en Guatemala fue la diálisis peritoneal con catéter rígido, con una sobrevivencia de los pacientes que no superaba los tres meses. Con el inicio del Servicio de Nefrología en el IGSS se fortaleció la opción de la Hemodiálisis, contando con cuatro o cinco máquinas en sus inicios en 1,976 y con 18 máquinas para 1,993. Alrededor del año 1,985, el Dr. Julio Alfredo Monzón Juárez trajo a Guatemala catéteres temporales para hemodiálisis y las fístulas arteriovenosas externas cayeron en desuso. Sin embargo el verdadero auge de la Hemodiálisis y el desarrollo de la técnica (uso de bicarbonato y membranas más biocompatibles) se vieron impulsados cuando el Seguro Social empezó a contratar el servicio de empresas privadas. El concepto de Unidades de Hemodiálisis extra hospitalarias fue liderado por el Dr. José Vicente Sánchez Polo, a través de Hemocentro, una de las primeras empresas en vender el servicio al IGSS alrededor del año 1,996.

De los pacientes dializados al día de hoy en Guatemala, aproximadamente el 25% están en Hemodiálisis y cerca del 75% reciben Diálisis Peritoneal. Fue el Dr. Justo César Galicia Celada en 1,978 quien reportó el primer paciente tratado con Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA) en el país. Pero los programas de DPCA fueron iniciados años después por el Dr. José Alfredo Emilio Mollinedo Paniagua. El programa del IGSS inició en 1,992 y el programa patrocinado por la Orden de Malta para pacientes sin cobertura del Seguro Social, comenzó en 1,994. Una vez iniciados ambos programas por el Dr. Mollinedo, estos fueron continuados y desarrollados por el Dr. Luis Fernando Arroyo García. El Dr. Arroyo García ha impulsado la participación del nefrólogo en la implantación de catéteres crónicos para diálisis peritoneal, implantando más de 3,000 catéteres de Tenckhoff y manejando uno de los grupos más grande de pacientes en DPCA concentrados en una sola unidad (1,200 pacientes).

El primer trasplante renal que se realizó en suelo guatemalteco ocurrió en 1,982. Un grupo de médicos de Tulane comandado por el Dr. John Hussey, vino a apoyar al grupo local dirigido por el Dr. Galicia Celada en el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar. La experiencia la repitieron en 1,984. Pero fue en el Seguro Social en donde nació un programa estructurado para efectuar trasplantes renales en Guatemala de forma sistemática. Nos cuenta el Dr. Cordón Castañeda que “las fechas de los primeros trasplantes fueron lunes 6, miércoles 8 y jueves 9 de mayo de 1,985”, y que “los médicos extranjeros Javier Castellanos Cutiño, y Abel Archundia vinieron a apoyar” a la contraparte nacional compuesta por los doctores Mario Aguilar Campollo, Federico Caal, José “el Sordo” Barnoya y Aníbal Ponce. Nos relata también el Dr. Cordón Castañeda que “se habían realizado en el IGSS cerca de 33,000 procedimientos de hemodiálisis a la fecha en que ocurrió el primer trasplante” y que de 1,985 a 1,993 ese programa tenía en su haber 45 trasplantes de donador vivo relacionado en tratamiento con azatioprina y prednisona.

Los programas de trasplante en el sector de Salud Pública tardaron un poco más en aparecer. Según nos refiere el Dr. Manuel Humberto Toledo Solares, fue el Dr. Roberto Ponsa, con el apoyo del Dr. Gordillo Paniagua de México, quien comenzó con un programa de

trasplante pediátrico en el Hospital General San Juan de Dios en 1,989. Este programa fue continuado por la Dra. Alejandra Arredondo Colindres y han realizado un promedio de cuatro trasplantes al año. El primer trasplante del programa iniciado en el área de adultos del Hospital General San Juan de Dios por el Dr. Toledo Solares, se efectuó el 12 de octubre de 1,992. El equipo estaba integrado por los doctores Rudolf García-Gallont, Mario Roberto Morales Ruiz, Carlos Benhardt, Palomo y Maco Barrios. También fue en este programa del Hospital San Juan de Dios donde se llevó a cabo el primer trasplante cadavérico exitoso en Guatemala el 1 de febrero de 1,996. Más adelante, en el año 2,006, el Dr. Mollinedo Paniagua fundó el programa de Trasplante Renal Cadavérico en el IGSS, el cual es continuado por el Dr. Sánchez Polo. El Hospital Roosevelt incursionó en el área de trasplantes en época más reciente (2,008), echando a andar un programa exclusivamente pediátrico en asociación con FUNDANIER (Fundación para el Niño Enfermo Renal), a cargo del Dr. Randall Lou Meda.

Con respecto a la legislación existente sobre trasplantes, el Dr. Toledo Solares nos comenta que “en septiembre de 1,986 el Presidente de la República firmó el acuerdo 740-86 denominado Acuerdo para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos y el 741-86 que se refería a la Ley de Bancos de Órganos”, los cuales sirvieron como “paraguas legales” mientras se generaba y promulgaba en el Congreso de la República el Decreto Legislativo 91-96 o Ley de Trasplantes.

Durante este tiempo en que nacían y se desarrollaban programas de Trasplante Renal en el Seguro Social y Salud Pública, también se gestaron trasplantes en hospitales privados, financiados por los mismos pacientes o por organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, Fundación de Amor).

1.10 Nacimiento de UNAERC

El nacimiento de la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC) en noviembre de 1,997 constituye un punto importante en la evolución de la Nefrología guatemalteca y en la historia de la atención de pacientes con necesidad de Terapia de Reemplazo Renal.

Dice el Dr. Vargas Monterroso en su entrevista que recuerda vívidamente que el doctor “Carlitos Bethancourt tenía metida en la mente la idea de crear una unidad para enfermos renales” y que el Dr. Bethancourt plasmó esa idea en un artículo que “escribió en el boletín del IGSS acerca de la Unidad que Guatemala necesita para los enfermos renales crónicos”.

Recuerda el Dr. Toledo Solares que en la década de los ochenta “vino un doctor venezolano, Douglas Urbina Oteisa, consultor en el área de Nefrología de la OPS” a realizar “un estudio en Guatemala sobre cuáles eran las condiciones que había para poder generar un programa de trasplante renal. Como resultado de esta evaluación, se conformó una comisión para ver cómo se podía generar una unidad nacional para enfermos renales crónicos”. Dicha comisión estuvo conformada por los doctores Riyad Muadi del Hospital Roosevelt, Óscar Córdón y Carlos Bethancourt del Seguro Social, Manuel Toledo del San Juan de Dios y el Dr. Vargas del Hospital Militar. Como producto del trabajo de este grupo, en 1,985 se creó un

documento en que se sugirió la creación de lo que se llamaría Centro Nacional de atención a pacientes con Enfermedades Renales. Sin embargo el proyecto estuvo engavetado hasta noviembre 1,997, cuando el gobierno del PAN crea la UNAERC (Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico). La Primera Junta Directiva de UNAERC estuvo conformada por Rudolf García-Gallot, Alejandra Arredondo, Alfredo Monzón y Manuel Toledo. Según nos recuerda el Dr. Mollinedo Paniagua, la participación de la Orden de Malta fue vital para la creación de la UNAERC.

La dimensión del impacto de UNAERC en la atención nefrológica del país queda de manifiesto en las palabras del Dr. Arroyo García: “cuando yo comencé a trabajar en UNAERC en 1,997 existían alrededor de 40 pacientes en DPCA, no existía hemodiálisis en ese momento pues, si no recuerdo mal, comenzó a implementarse en mayo de 1,998 y el Programa de Trasplante Renal se manejaba con un convenio de colaboración con el Hospital San Juan de Dios. Entonces, de cero pacientes en hemodiálisis y 40 pacientes en diálisis peritoneal, fuimos viendo crecer la unidad a un total de aproximadamente 1,400 pacientes en diálisis peritoneal y alrededor de unos 500 pacientes en hemodiálisis” en el 2,009.

1.11 Post Grados en Nefrología

La formación de recurso humano a nivel local supone un avance importante para la Nefrología guatemalteca. Actualmente existen dos postgrados en Nefrología en el país, ambos reconocidos por la Universidad de San Carlos: El de Nefrología de Adultos que funciona en el Hospital San Juan de Dios y que fue creado por el Dr. Manuel Toledo Solares; y el de Nefrología Pediátrica que funciona en el Hospital Roosevelt y que fue creado por el Dr. Randall Lou Meda. El Dr. Toledo Solares nos cuenta acerca del post grado en Nefrología de Adultos que en los inicios trabajaron “prácticamente tres años consecutivos conjuntamente con la Universidad de San Carlos” hasta que “pulieron un proyecto de post grado” y que recibieron “la primera generación en el año 2,003”. Este programa lleva al momento siete promociones de residentes y ha dado once nefrólogos al país. Estos nefrólogos ya se han incorporado y están sirviendo en Quetzaltenango, Retalhuleu, Escuintla, Cobán e Izabal.

El Postgrado en Nefrología Pediátrica tuvo su origen a través de convenios de colaboración que FUNDANIER (Fundación para el Niño Enfermo Renal) tiene con el Hospital Roosevelt y con la USAC. En la elaboración del Pensum de estudios en el año 2,007, participaron los doctores Carmen Lezana (USAC), Richard Siegler (Universidad de Utah) y Randall Lou Meda (Hospital Roosevelt, FUNDANIER). La primera cohorte ingresó en enero del 2,009.

1.12 Asociación Guatemalteca de Nefrología (AGN)

Refiere el Dr. Bethancourt en su entrevista que “fue en las instalaciones del hotel Guatemala Biltmore en la ciudad de Guatemala el día 20 de agosto de 1,976, que quedó fundada la Sociedad de Nefrología de Guatemala”. Participaron en esa reunión de fundación

médicos nefrólogos y otros médicos con especialidades afines, ya que los nefrólogos no llegaban a un número suficiente para constituir una Sociedad. Estuvieron presentes ese día: el Dr. José Manuel Arias Tejada, Dr. Óscar Cordón Castañeda, Dr. Justo César Galicia Celada, Dra. Ana María Velázquez Trócoli, Dr. Gustavo Santizo Leppe, Dr. Víctor Fernández Fernández, Dr. Ernesto Mena Melgar, Dr. Roberto Lorenzana, Dr. Mario Vargas Cordón, Dr. Roberto Maselli Porras y la Dra. María Elena Morales. La Junta Directiva provisional quedó constituida por el Dr. Óscar Cordón Castañeda como Presidente; el Dr. Justo César Galicia como Secretario-Tesorero, y el Dr. Carlos Bethancourt Monzón como Vocal.

El 30 de mayo de 1,979 se entregaron al Dr. Miguel Escobar, entonces secretario del Colegio de Médicos y Cirujanos, los requisitos y los estatutos que el Colegio exigía para la inscripción, ya no de la Sociedad, sino de la Asociación de Nefrología de Guatemala.

El 1ro de abril de 1,981, en sesión ordinaria de la Asociación de Nefrología de Guatemala, el Dr. Cordón hizo entrega a los socios de los diplomas aprobados por la comisión de especialidades del Colegio de Médicos de Guatemala. Además en esa oportunidad el Dr. Cordón dio posesión a la nueva Junta Directiva de la Asociación, para el periodo 1,981-1,982. Esta segunda junta directiva estuvo formada por el Dr. Carlos Bethancourt Monzón como presidente; el Dr. César Vargas Monterroso como Secretario-Tesorero y el Dr. Manuel Arias Tejada como Vocal.

Fue hasta el año 2,008, durante la administración de la Junta Directiva presidida por el Dr. Randall Lou Meda, que la Asociación Guatemalteca de Nefrología (AGN) adquirió su personería jurídica.

La Asociación Guatemalteca de Nefrología ha tenido un papel de liderazgo en la región de Centro América y el Caribe. En este sentido vale la pena mencionar que el 6 de enero de 1,981, a través de la Secretaria del Colegio de Médicos y Cirujanos y aprovechando la celebración del Congreso Nacional de Medicina que fue de febrero a marzo del 81, se invitó a todas las asociaciones de Nefrología de Centro América para la fundación de la Asociación de Nefrología de Centro América. En esta reunión estuvieron presentes: por El Salvador, el Dr. Eduardo Gálvez Valdez, Ramón García González y José Benjamín Ruiz Rodas; por Honduras, Plutarco Castellanos; por Nicaragua, Norman Girón; por Costa Rica, Mario Soto y por Panamá, Modesto Moreno. En Guatemala se celebró el primer Congreso Centroamericano y del Caribe de Nefrología.

En cuanto a la participación de los miembros de la AGN en asociaciones internacionales, es importante mencionar que dos miembros de la AGN, los Drs. Vicente Sánchez Polo y Randall Lou Meda, han ocupado el cargo de Vice Presidentes Regionales de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH). Además el Dr. Randall Lou Meda es miembro del Comité de Salud Renal para Poblaciones Vulnerables, de la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN).

Capítulo II

Entrevistas con los Pioneros

“Y creo que algún día todos miraremos atrás maravillados ante la forma en que Dios nos incluyó, por Su Gracia, como protagonistas en el drama histórico llamado Su Historia.”

Monte Swan, *Romancing Your Child's Heart*, p. 194.

2.1 Doctor César Augusto Vargas Monterroso



Doctor César Augusto Vargas Monterroso. Fotografía tomada por el autor en enero 2,009.

RMLM: Gracias por aceptar la entrevista Doctor Vargas. Como le comenté, la idea del proyecto es sistematizar la información sobre la historia de la Nefrología en Guatemala. Las entrevistas van a ser transcritas lo más literalmente posible. Seguramente habrá necesidad de editar algunas cosas, pero trataremos de que la idea central se mantenga. Para empezar Doctor, ¿me puede decir su nombre completo?

CAVM: César Augusto Vargas Monterroso.

RMLM: ¿dónde realizó su formación de pre grado, doctor?

CAVM: En la Universidad de San Carlos, lo único que existía en aquel entonces.

RMLM: ¿y su formación de post grado?

CAVM: Hice el internado rotatorio en Beverly en 1,957. Después pasé al post grado de medicina interna en el Walter Reed, Washington en donde estuve del 58 al 59. Luego regresé a Guatemala y me volví a ir siempre al Walter Reed. Ahí estuve en el año 63-64 en el Área de Metabolismo.

RMLM: Era Área de Metabolismo, ¿no era aún Nefrología en ese momento?

CAVM: En esos años los problemas renales eran asignados al Área de Metabolismo. El director era el Dr. Kevin Barry.

RMLM: Entonces ¿regresó al país en 1,965?

CAVM: En el 64, a finales del 64.

RMLM: ¿Quiénes estaban ya en el país cuándo usted regresó?

CAVM: No estoy seguro. Habría que ver en qué año regresó el Dr. Óscar Cerdón.

RMLM: ¿ya estaba el Dr. Manuel Arias Tejada?

CAVM: Es que nosotros, el Dr. Arias Tejada, el Dr. Gustavo Hernández Polanco, el pediatra, y yo, hicimos el internado rotatorio en Beverly. Luego Gustavo Hernández se fue al Washington Children's Center y yo me fui al Walter Reed. Meme Arias se fue a Boston y luego a Baylor University. Meme Arias regresó, calculo yo, unos 8 ó 12 meses después que yo.

RMLM: ¿Cómo podría describir usted el estado de la Nefrología en Guatemala a su regreso al país en 1,964?

CAVM: Bueno, me recuerdo que cuando regresé me fui ad honorem con el Dr. Víctor Mejía que era el jefe de la tercera medicina de hombres del Hospital General San Juan de Dios. Ahí empezamos a hacer diálisis peritoneal en la sala con el Dr. Mejía.

RMLM: ¿Diálisis peritoneal aguda?

CAVM: Aguda y en un momento dado también crónica. Crónica utilizando el catéter rígido una vez por diálisis, lo que significaba sufrimiento y un gasto para el paciente. Cabalmente el que nos vendía los catéteres a un precio especial era don Irwin Cohen. Él tenía su centro de ventas de productos en la 13 calle y 5ta avenida de la zona 1.

RMLM: Las soluciones de diálisis peritoneal ¿eran ya fabricadas o las preparaban en el hospital?

CAVM: En el Hospital General San Juan de Dios tuve la oportunidad de que la jefa de Farmacia del Hospital era química bióloga, y ella nos preparaba los productos. Es decir, yo le daba la fórmula o sea, la copia de lo que traíamos de los Estados Unidos, y ella las fabricaba. Eso era lo que usábamos con bastante buen resultado.

RMLM: ¿Sabe usted si en ese momento otro hospital de Guatemala ya estaba haciendo diálisis peritoneal?

CAVM: No, no recuerdo.

RMLM: ¿Todavía no estaban disponibles los catéteres de Tenckhoff?

CAVM: ¡No, todavía no! Como le digo, eran catéteres rígidos. En un momento los tuvimos que sustituir por sondas de Nelaton, a las cuales nosotros les abríamos agujeritos. Con tan mala suerte que al introducirse éstas, inmediatamente eran atrapadas por el epiplón y dejaban de funcionar. Todavía tengo presente la vez que presenté un caso de diálisis peritoneal en una persona de edad avanzada, 50-60 años. Un estudiante, con mucha razón, preguntó:

- *“mire Doctor, ¿cuánto se invirtió en ese paciente?”*

- Le dije: *“el hospital invirtió como 200 y pico de quetzales en soluciones y todo”*

- *“¿y cuándo tiene que repetir la diálisis?”*

- *“Pues, en principio tendría que repetirse diariamente o al menos dos veces por semana”.*

- Me dijo: “¿le parece justo doctor que nosotros en pediatría no tengamos ni poción expectorante, ni poción anti diarreica para un niño que va vivir, y usted gasta el dinero en una persona de 50 ó 60 años?”

- “Tiene razón en parte”, le dije, “pero algún día habrá diálisis para todas las personas, sin importar la edad”. Todavía tengo presente esto. El estudiante es un eminente psiquiatra, creo que ejerce en Alemania. Pero así se miraba el contraste.

RMLM: Sin duda esta clase de experiencias abrió la puerta para que hubiera terapia de reemplazo renal en Guatemala. Tristemente, ese tipo de experiencias aún sigue viéndose como “dilemas éticos”, dadas las condiciones económicas del país. ¿Cómo estaba la hemodiálisis en ese entonces doctor?

CAVM: No se estaba haciendo.

RMLM: ¿No había máquinas en Guatemala?

CAVM: Yo recuerdo que no había máquinas en ese entonces. El primero que trajo su máquina fue el Dr. Manuel Arias Tejada. Trajo su aparatito que era una máquina especial y dializamos, por cierto, al hijo de un colega en el Herrera Llerandi. Era un estudiante que estaba en la Antigua haciendo su internado y en la noche sintió que algo le había picado en el abdomen. Al día siguiente tenía un área necrótica. Había sido indudablemente el piquete de una araña. Le provocó una crisis hemolítica y entró en insuficiencia renal aguda.

RMLM: ¿Usted, en el Walter Reed, realizaba los procedimientos de hemodiálisis y diálisis peritoneal?

CAVM: Estábamos familiarizados, pero donde realizaban hemodiálisis con mayor frecuencia era en la Universidad de George Washington, donde estaba el Dr. Scribner Tan es así que el Dr. Scribner nos daba a nosotros conferencias. Pasaba al Walter Reed a platicar, porque era íntimo amigo del Dr. Kevin Barry, que era el jefe del Área de Metabolismo. En nuestra área se trataba sobre todo a los pacientes con necrosis tubular aguda.

RMLM: ¿el Dr. Belding H. Scribner? ¿El inventor de la cánula arteriovenosa externa para hemodiálisis?

CAVM: Sí.

RMLM: ¿y en cuánto a trasplante doctor?

CAVM: Diría yo que uno de los primeros que hicieron trasplante fue el Dr. Roberto Ponsa, él era nefrólogo pediatra. Me recuerdo que vino al hospital San Juan de Dios. Actualmente es gerente de Baxter. Luego fue el Doctor Galicia. Posteriormente tuvimos la oportunidad de seguir el trasplante del papá del Dr. Galicia, poniendo él a un hermano como donador. Ellos fueron trasplantados en el Médico Militar de México. Regresó para su seguimiento post trasplante y logró vivir 14 años más. Murió de un infarto al miocardio.

RMLM: Pocos nefrólogos tienen el privilegio de ver la Nefrología desde la perspectiva que usted tiene ¿hay momentos especiales, hitos, que usted pueda identificar en la Nefrología guatemalteca?

CAVM: En primer lugar, el inicio del Servicio de Nefrología del IGSS. Allí empezó a hacerse la hemodiálisis con más o menos unas 8 ó 10 máquinas. Era dirigido por el Dr. Óscar Cordón. Yo tuve el honor de trabajar con él en el IGSS muchísimos años.

RMLM: ¿Usted trabajó en el IGSS en el tiempo del Dr. Cordón?

CAVM: Sí. Trabajé en el IGSS unos 21 años. Inicié mi contacto con el IGSS en la Policlínica, en donde yo actuaba como internista. Pero luego el mismo señor gerente dijo que por qué un especialista estaba en la policlínica, cuando el especialista tenía que estar en el Hospital General o sea en la zona 9. Entonces me dieron dos horas de internista y dos horas de nefrólogo. Allí en la policlínica veía yo a todos los pacientes de las diferentes periféricas. En ese entonces lo más que mirábamos eran 10 – 12 pacientes en el área de Nefrología. De esos pacientes, hay uno que aún veo: fue trasplantado y tuvo rechazo y ahora está otra vez aquí en su diálisis peritoneal. En el Hospital, donde estaba un par de horas, me dedicaba a la sala de hemodiálisis, ahí fue cuando nos juntamos con Leonel de Gandarias y Carlos Bethancourt.

En ese tiempo utilizábamos en el IGSS las máquinas Travenol RSP. Eran buenas máquinas y estuvieron trabajando por mucho tiempo. Luego el IGSS empezó a proyectarse a áreas privadas y a servicios contratados. Es así como empiezan a dar servicios en el Centro Médico, con el Dr. Óscar Cordón, y en el Herrera Llerandi, con el Dr. Manuel Arias Tejada. Posteriormente vino el Dr. Mollinedo que estuvo trabajando con el Dr. Arias Tejada. En el área privada había una que otra máquina que también daba servicios contratados. Una era de su servidor y otras las tenían otros colegas. Yo duré con la atención de los pacientes del IGSS en lo privado sólo como un año nada más. El que más tuvo experiencia en ese sentido fue el Centro Médico y ahora pues la Corporación de Hospitales.

RMLM: ¿Qué otro momento identifica usted como hito en la historia de la Nefrología de Guatemala?

CAVM: El advenimiento del trasplante a nivel del IGSS. Uno de los que más exigía que se hicieran trasplantes era el gerente del IGSS de aquel entonces, el Lic. Reyes López, quien después fue vicepresidente de Portillo. Él insistía e insistía y Óscar Cordón hizo los contactos con médicos de México. Ellos vinieron a hacer los primeros trasplantes aquí en 1,986, colaborando con la unidad de trasplantes del IGSS. Se trasplantaron a varios pacientes en esa forma. Después, el equipo se quedó sólo con médicos del IGSS. Este eminente cirujano mexicano muy amigo del Dr. Óscar Cordón, muy fino él, venía, hacía el trasplante, se quedaba unos dos o tres días y luego se regresaba. El programa tuvo éxito. Después no digamos, el adelanto que ha tenido el trasplante en el Hospital General San Juan de Dios con el Dr. Manuel Toledo. Aquí en la Corporación también se han realizado trasplantes privados, dirigidos por el Dr. Julio Silva.

RMLM: En su carrera académica ¿quién considera usted que ha sido la persona que ha marcado su carrera y que ha sido su mentor, su maestro?

CAVM: Yo me atrevería a decir que todos. Todos los nefrólogos que han venido, han sido maestros de los que estábamos esperándolos. Porque después viene el Dr. Mollinedo, viene el Dr. Sánchez, etc. Ya estábamos en ese entonces Meme Arias, Óscar Cordón y su servidor. Cada uno de ellos trajo del extranjero muchas cosas importantísimas, que abrieron nuevas puertas. Carlitos Bethancourt por ejemplo, todavía tengo presente cuando escribió en el boletín del IGSS acerca de la Unidad que Guatemala necesita para los enfermos renales crónicos. Era un boletín de color rosadito que salía mensualmente. Yo me recuerdo que el Dr. Bethancourt tenía la idea metida en la mente de una unidad para enfermos renales crónicos y es así como muchos años después aparece UNAERC, donde él fue el primer Director Médico. Y mire usted ¡cuántos pacientes ha atendido UNAERC! Ha atendido a pacientes del IGSS y a pacientes del Ministerios de Salud Pública, que son los pacientes pobres que no están afiliados al IGSS. Si no estoy errado desde hace poquito parece que ya está exclusivamente para pacientes de Salud Pública, lo que va a significar para el Ministerio un reto, por el aspecto económico.

RMLM: Doctor, ¿Cuál cree que ha sido su principal aporte a la Nefrología guatemalteca?

CAVM: Bueno, creo que todos hemos dado algo. Indudablemente nosotros empezamos a hablar de Nefrología recién venidos y empezamos a hacer diálisis, con la diálisis peritoneal. Aún con las reservas económicas que teníamos, las empezamos a hacer. Claro que eso ha tomado un auge tremendo con el advenimiento del Tenckhoff y luego la hemodiálisis. Pero el primer esfuerzo permitió que existieran áreas ya más especializadas y dedicadas exclusivamente a eso.

RMLM: ¿Cuál cree usted que es el principal reto que tiene la Nefrología guatemalteca en los años que vienen?

CAVM: La prevención, la divulgación y el trasplante son los principales retos.

Antes en la salas de la tercera medicina de mujeres, en donde el Dr. Alarcón era el jefe de la sala de medicina, nosotros mirábamos llegar a aquellos pacientes con 20-25 miligramos por decilitro de creatinina. Al oírles el corazón se les oía su frote pericárdico. “*Es el heraldo de la muerte*” decían los distinguidos maestros. No tenían ellos la oportunidad de ofrecer a sus pacientes estas modalidades terapéuticas que hay ahora, ¿verdad? Ahora lo ideal va a ser cuando ya esté extendida la posibilidad de tratamiento para pacientes que no cuentan con la oportunidad de tener IGSS o un seguro. Porque el Seguro Social cubre sólo al 15 ó 20% y ¿el resto? Sería ideal que se unieran todas las unidades, o los que dirigen las unidades, para compartir experiencias. Que no hubiera un grupo aquí y un grupo allá, sino que fuera algo que beneficie a todo habitante de Guatemala que tenga la mala suerte de estar con una enfermedad renal.

RMLM: Sus logros profesionales han sido importantes, recuerdo que usted fue decano de la Facultad de Medicina. Cuéntenos, por favor, sobre su desarrollo académico y profesional.

CAVM: Primero, recién venido, era catedrático ad honorem en el San Juan de Dios. Estuve como ocho ó 10 años. En el año 68 estuve como vice ministro de Salud Pública, ya ahí se

empezaba todo esto de la Nefrología y como había trabajado en el San Juan de Dios, a veces me invitaban a dar pláticas.

RMLM: ¿Cuánto tiempo estuvo de viceministro doctor?

CAVM: Como un año. Durante la administración del Lic. Julio César Méndez Montenegro, el ministro de Salud Pública era el Dr. Emilio Poitevin (QEPD), eminente galeno, fue catedrático de nosotros cuando estudiamos medicina.

RMLM: Y desde el vice ministerio ¿tuvo oportunidad de impulsar la Nefrología?

CAVM: Poco, por la situación económica. Era el IGSS el que tenía más oportunidad de desarrollarse. Luego tuve la oportunidad de ser electo decano de la Facultad, del año 70 al 74.

RMLM: Decano de la Facultad de Medicina, es el cargo más alto, académicamente hablando ¿verdad?

CVAM: Es un honor. Le recibí el decanato al Dr. Julio de León, y se lo entregué al Dr. Carlos Armando Soto, que luego fue Ministro de Salud en tiempo de la Democracia Cristiana. Cuando era yo decano, tuve la oportunidad de trabajar con el Dr. Cuevas del Cid que era el Rector Magnífico de aquel entonces y con el Lic. López Larrave, que era el decano de la Facultad de Derecho. Con López Larrave y Colom Argueta habíamos estudiado juntos en el Instituto Central para Varones en la 9a avenida y 9a calle de la zona 1. De esa generación, Colom Argueta y López Larrave se fueron a Derecho. Colom Argueta llegó a ser alcalde, López Larrave llegó a ser decano de la Facultad de Derecho y yo estaba en Medicina. Después me fui al IGSS y ahí estuve más de veinte de años.

RMLM: ¿En el Hospital General del IGSS?

CAVM: Empecé en la policlínica con medicina interna, luego medicina interna por dos horas y nefrología en el Hospital General del IGSS otras dos horas. Allí estuve, como le digo, como 20 años. Vi crecer la unidad. En un momento dado que tuvo que renunciar Óscar Córdón, tuve la oportunidad de ser coordinador de trasplantes. Ahí fue donde tuve más relación con el Licenciado Reyes López. Él exigía que se hicieran trasplantes y decía: *“esa unidad chiquitita que sólo tiene como 12 pacientes significa para el IGSS como cinco millones anuales. Parece un embudo”* me decía, *“todos los pacientes se quedan allí y ninguno pasa ¿por qué no hacen los trasplantes?”* Tenía razón, porque había muchos que se beneficiaban del trasplante y así es como empieza a crecer el trasplante en el IGSS.

RMLM: Al respecto de la AGN ¿Cuál cree usted que debería ser su misión principal como asociación de nefrólogos?

CAVM: Bueno, en primer lugar mantenernos unidos. Segundo, lo que están haciendo ustedes de oficializar las conferencias y que Nefrología comparta con otras especialidades y asociaciones. Eso ya se había hecho en el pasado, pero no en una forma regular. También es importante compartir las experiencias con los colegas de los departamentos, sobre todo ahora que ya hay nefrólogos en varios departamentos.

RMLM: Doctor, para finalizar ¿algún comentario que crea importante agregar?

CAVM: Veo que cada día se está haciendo algo más por la Nefrología. Todos los distinguidos colegas nuevos, que son eminencias ahorita, pueden dar mucho a todos los que lo necesitan. Pues yo creo que el mensaje es que ojalá se pudiera extender la posibilidad de tratamiento para todos los pacientes que tienen la mala suerte de sufrir una enfermedad renal.

Copia del Acta de Constitución de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) proporcionado por el Dr. Vargas.

El Texto dice: *A los cuatro días del mes de noviembre de mil novecientos setenta, en el Salón de Actos de la Universidad de Córdoba, República Argentina, siendo las diez horas, se reúnen los doctores Jaime Borrero de la República de Colombia, Roberto S. Ciciolli P. de la República del Paraguay, Jorge H. Díaz de la República de Panamá, Galo Garcés B. de la República de Ecuador, Víctor Raúl Miatello de la República Argentina, Alfredo Piazza de la República del Perú, Mario Plaza de los Reyes de la República de Chile, Herman Villarreal de la República de Méjico, Hernán Weinstok de la República de Costa Rica, en representación de las respectivas Sociedades de Nefrología o Asociaciones médicas de sus países de origen, más el Doctor Bernardo Rodríguez Iturbe de la República de Venezuela, que confirió su representación al Doctor Jaime Borrero, y dejan establecido lo siguiente: Puestos en común acuerdo con respecto a la necesidad y a las ventajas de que los nefrólogos latino-americanos se vinculen más estrechamente para intercambiar opiniones, distribuirse tareas, aprovechar exhaustivamente los recursos disponibles y cultivar sus relaciones científicas y afectivas, dados todos los aspectos espirituales y materiales que naturalmente los unen, e inspirados única y (se pierde el segmento del texto) Latino-Americana de Nefrología. Hacen constar también que los doctores Renán Chaves de la Sociedad Boliviana de Nefrología, J. Alfonso Rhadomés Cabrera de la Sociedad Dominicana de Cardiología y César Augusto Vargas M. de la República de Guatemala, habían comprometido su concurrencia a este acto y demostrado su acuerdo epistolar con las intenciones que lo promovieron, y además, que los doctores José Martini Chutty del Hospital Militar de Lima, Perú, y David Santos presidente de la Sociedad Mejjicana de Nefrología estuvieron presentes en este acto en calidad de observadores. Firman: Dr. Jaime Borrero R., Presidente de la Sociedad Colombiana de Nefrología y 1er. Vice-presidente de la Asociación Colombiana de Medicina Interna. Dr. Roberto S. Ciciolli P., de la República del Paraguay. Dr. Jorge H. Díaz, representante de la Sociedad Panameña de Medicina Interna. Dr. Galo Garcés B., representante de la Federación Médica y de la Sociedad de Nefrología del Ecuador. Dr. Víctor Raúl Miatello, representante de la Sociedad de Nefrología Argentina y ex presidente de la misma y de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires. Dr. Alfredo Piazza, presidente de la Sociedad Peruana de Nefrología. Dr. Mario Plaza de los Reyes, ex presidente de la Sociedad Médica de Chile y director de la Sociedad Chilena de Nefrología. Dr. Herman Villarreal, representante y 1er. Presidente de la Sociedad de Nefrología de Méjico, ex vicepresidente y actual Secretario General de la Sociedad Internacional de Nefrología. Dr. Hernán Weinstok, representante de la Sociedad de Nefrología de Costa Rica.*

1

A los cuatro días del mes de hon causa de mil novecientos veinte, en el Salón de Actos de la Universidad de la ciudad de Córdoba, República Argentina, siendo las diez horas, se reunieron los doctores Jaime Borrero de la República de Colombia, Roberto S. Cicolle P. de la República del Paraguay, Jorge H. Díaz de la República de Panamá, Galo García B. de la República de Ecuador, Víctor Raúl Mizullo de la República Argentina, Alfredo Paez de la República del Perú, Mariano Plaza de los Reyes de la República de Chile, Herman Villanar de la República de México, Herman Weinstein de la República de Costa Rica, en representación de las respectivas sociedades de Neftología o Asociaciones Médicas de sus países de origen, más el doctor Bernardo Rodríguez Turiso de la República de Venezuela, que confirió su representación al doctor Jaime Borrero, y después de haberse acordado lo siguiente:

Puntos de común acuerdo con respecto a la necesidad y los ventajas de que los Neftólogos Latino Americanos se reunieran más estrechamente para intercambiar opiniones, discutir temas, aprovechar exhaustivamente los recursos disponibles y entablar sus relaciones múltiples y aperturas de todos los aspectos espirituales y materiales que se derivan mutuamente, e insinuando...

Jaime Borrero
 Roberto S. Cicolle P.
 Jorge H. Díaz
 Galo García B.
 Víctor Raúl Mizullo
 Alfredo Paez
 Mariano Plaza
 Herman Villanar
 Herman Weinstein
 Bernardo Rodríguez Turiso

Latino Americana de Neftología. Hacer constar también que los doctores Ramón Chaves de la Sociedad Boliviana de Neftología, J. Alfonso Bhandoni Corona de la Sociedad Dominicana de Cardiología, y César Augusto Vargas M. de la República de Guatemala, habían comprometido su conformidad a este acto y desistiendo de su acuerdo epistolar con las intenciones que lo promueven, y además, que los doctores José Maximiliano Chuitú del Hospital Militar Central de Lima Perú, y David Santos Presidente de la Sociedad Mexicana de Neftología estuvieron presentes en este acto en calidad de observadores.

Dr. Jaime Borrero P.
 Presidente de la Sociedad Colombiana de Neftología y 1º Vice-Presidente de la Asociación Panamericana de Medicina Interna

Dr. Roberto S. Cicolle P.
 de la República del Paraguay

Dr. Jorge H. Díaz, Representante de la Sociedad Panamericana de Medicina Interna

Dr. Galo García B.
 Representante de la Federación Médica y de la Sociedad de Neftología del Ecuador

Dr. Víctor Raúl Mizullo
 Representante de la So-

3

...idad de Neftología Argentina y de Panamá... de la Sociedad de Cardiología y Medicina Interna de Buenos Aires

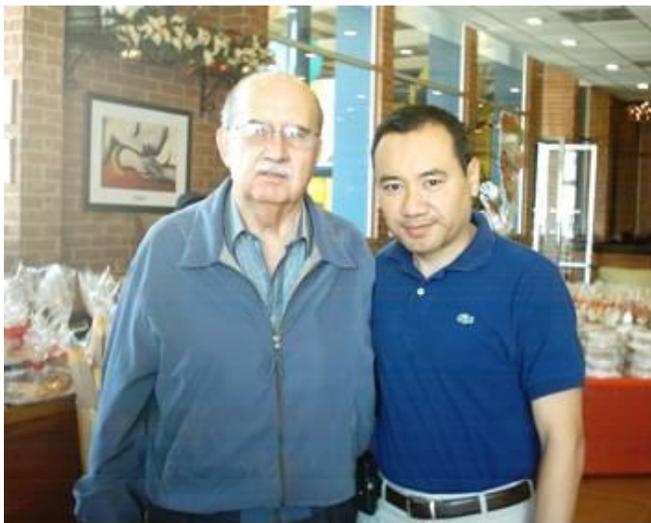
Dr. Alfredo Paez
 Presidente de la Sociedad de Neftología de los Reyes de los Andes

Dr. Mariano Plaza
 Director de la Sociedad Chilena de Neftología

Dr. Herman Villanar
 Representante y 1º Presidente de la Sociedad de Neftología de México

Dr. Herman Weinstein
 Representante de la Sociedad de Neftología de Costa Rica

2.2 Doctor Óscar Oswaldo Cerdón Castañeda



Dr. Óscar Cerdón Castañeda con el autor. Foto tomada en diciembre del 2,008.

RMLM: Doctor Cerdón gracias por aceptar la entrevista. Como le comenté, nuestro objetivo es sistematizar la información que existe sobre la historia de la Nefrología en Guatemala para después compilarla en un libro. Las entrevistas van a ser transcritas lo más literalmente posible. Seguramente habrá necesidad de editar algunas cosas, pero se tratará de que la idea central se mantenga. Para empezar Dr. Cerdón, ¿me puede decir su nombre completo?

OOCC: Óscar Oswaldo Cerdón Castañeda.

RMLM: ¿Dónde realizó sus estudios de pre grado?

OOCC: Yo realicé todo en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

RMLM: ¿En dónde realizó sus estudios de post grado, Dr. Cerdón?

OOCC: El Post Grado de Pediatría lo hice en el Hospital Infantil de México. En ese tiempo en el Hospital Infantil, los de primer año sólo pasaban por los servicios corrientes y no por servicios de especialidades. Tuve la suerte de que un día se enfermó el residente que estaba en el servicio de Nefrología y el jefe de residentes me dijo *“te vas a nefrología”*. Estuve varios días en el servicio y allí conocí al maestro Gordillo Paniagua. Cuando terminé mi primer año hablé con él para que me permitiera ingresar al Servicio de Nefrología, porque quería hacer la especialidad. Me dijo que de su parte no había ningún inconveniente, pero que no podía ofrecerme dinero. Yo había ganado una beca de la OEA para estudiar un año en México. Entonces me dirigí a la OEA, directamente a Washington, pidiendo que me ampliaran la beca. No se me olvida que un paraguayo, cuando se enteró que yo iba a solicitar una beca para hacer Nefrología Pediátrica, me dijo *“mirá, yo te aconsejo una cosa, pedí la beca para pediatría aunque hagas nefrología, de lo contrario, no te la van a dar”*. Pero no podía pedir algo para determinada cosa y hacer otra. Finalmente me dieron esa beca por dos años.

Tuve tal suerte que al poco tiempo de estar yo ahí, pasé a ser el segundo del departamento. Sucedió que renunció uno de los médicos, despidieron al asistente del Dr. Gordillo porque se puso a dar cursos de electrolitos en el hospital y cobraba y luego, un colega venezolano muy amigo mío y su esposa (los dos estaban haciendo nefrología) tuvieron que regresarse a su país porque se puso grave su suegra. De manera que de la noche a la mañana, me quedé solo con el Dr. Gustavo Gordillo Paniagua. Íbamos juntos a Guadalajara, a aquí y allá, cuando él daba pláticas fuera. Esa fue la parte que me ayudó. Tuve la gran suerte de que en ese tiempo el Dr. Gordillo daba un curso que se llamaba Curso Monográfico. El curso duraba tres semanas y estaba dirigido a mexicanos y extranjeros. Los invitados que se tuvo estando yo allí fueron la Doctora Renée Habib y el Doctor Pierre Royer, invitados de Francia. Yo tengo el libro de ellos y estuve con ellos en esa actividad. De hecho, en el segundo año de mi entrenamiento en Nefrología, aparezco en el programa ya como profesor del curso. De manera que así fue como me inicié en la Nefrología Pediátrica.

Para mi regreso a Guatemala, yo tenía con el Dr. Monzón Malice, quien fue mi asesor de tesis, el convenio de trabajar asociado con él en la clínica de niños. El Dr. Monzón Malice llegó varias veces a México mientras yo estuve allá. Siempre me buscó y almorzábamos juntos. Yo regresé a Guatemala en el mes de febrero. Estando en México, no me había enterado que él había muerto en diciembre... Entonces sentí aquella desilusión, y me dije *“no sé por dónde empezar”*. Un día salgo caminando de mi casa, hacía el hospital y en eso me encuentro al Dr. Ernesto Cofiño Ubico y me dijo

- *“¿qué tal viejo, qué tal está?, él así lo trataba a uno, “¿y cuándo vino?”*

- *“pues hace tres días que estoy aquí”*

- *“¿y qué piensa hacer?”*

- *“pues tenía un convenio con el Dr. Monzón Malice, pero me encuentro con que ya falleció. Ahora no sé qué voy a hacer”*.

Entonces me dijo: *“no se preocupe. Ahora es Víctor Argueta el jefe del Departamento y yo voy a hablar con él. Déjeme su número de teléfono, yo lo llamo”*. Yo no tomé muy en serio sus palabras, pero a la noche siguiente, me llamó: *“dice Víctor que llegue, que quiere hablar con usted”*. Pues llegué y Víctor de entrada me trato de vos y por supuesto yo le correspondí tratándolo también de vos. Me dijo *“aquí no sabemos nada de electrolitos ni de insuficiencia renal aguda. Podemos empezar por esas cosas. Llevá tu currículum a la dirección del hospital”*. Al ir a entregar el currículum pregunté quién era el director. Resulta que con el colega que ocupaba la dirección, habíamos tenido algunas diferencias en el pasado. Estuvimos fuera en el mismo lugar. Él era conmigo muy atento pero por detrás era diferente. Al día siguiente llegué a la sala de pediatría y Víctor ya ni me saludo. Pensé *“aquí ya sé qué paso, ya se vio con el Director”*. Pasé a la dirección y le dije a la secretaria *“fíjese que ayer que le entregué mis papeles se me olvidó agregar unas cosas ¿me puede dar el expediente?”* Me dijo *“Sí, el director lo tiene sobre su escritorio, pero creo que no lo ha visto”* Ya no volví. Me fui al Roosevelt. Allí el jefe del departamento era el Dr. Castañeda, quien me conocía muy bien. Me dijo *“aquí están las puertas abiertas, déjeme los papeles que carga ahí y yo voy a hacer una carta dirigida a la*

Junta Directiva del Hospital, proponiéndolo para que ingrese como asociado mayor del Departamento de Pediatría". En ese entonces yo no sabía qué era asociado mayor ni menor. Luego me enteré que el asociado menor debía completar 1,500 horas para poder ascender a asociado mayor, el cual a su vez podía optar a plazas vacantes en el momento que alguien renunciara. Al día siguiente hablé en el Departamento sobre *Insuficiencia Renal Aguda en el Lactante*, que ese es un tema que no es tan corriente. Como a la semana de estar llegando, me llamó el Dr. Castañeda a su oficina, estaba hecho una pantera de bravo. Me dijo *"fíjese que éstos resolvieron que usted ingrese como asociado menor, yo ya protesté por la resolución y les pedí que razonaran su voto."* Se revisó el acta y se acordó que ingresara como asociado mayor. A los dos meses renunció un médico y como yo era el único asociado mayor, pasé a ser jefe de servicio. Allí creé una salita para hidratación y para manejo de electrolitos. Empecé a dializar niños con insuficiencia renal aguda e incluso tuve niñas ya mayorcitas con insuficiencia renal crónica. Yo presenté un trabajo científico con las primeras cien biopsias renales en un congreso en Costa Rica.

RMLM: ¿En qué año regresó al país?

OOCC: Yo regresé a finales del año 1,966

RMLM: ¿Cómo fue su incursión en la parte de Nefrología de Adultos?

OOCC: Al año de estar en Guatemala, me nombraron como miembro de la junta directiva que organizó el Congreso Nacional de Medicina. Resulta que Dr. Viau era muy amigo del jefe del Departamento de Nefrología de la Universidad de Duke en Carolina del Norte, el Dr. Roscoe Robinson. El Dr. Robinson era el invitado especial. Nos presentaron y hablamos juntos en una mesa redonda sobre insuficiencia renal crónica. Luego lo lleve al Roosevelt para mostrarle parte de mi trabajo y mis biopsias.

RMLM: ¿De qué año estamos hablando, doctor?

OOCC: Estamos hablando de finales de 1,967. Yo le expresé al Dr. Robinson mi interés en la parte de Nefrología de Adultos. Me dijo *"el departamento está a su disposición, lo único es que yo no le puedo ofrecer salario, pero usted puede llegar cuando quiera"*. A finales del primer semestre del 1,968, vi en la prensa que la casa Lilly sacaba a oposición una beca de un año para ir a cualquier lugar de Estados Unidos. Era requisito indispensable tener aceptación previa en un lugar. Inmediatamente tomé esos papeles y fui a la Lilly. Carlos Springmuhl, el gerente en ese tiempo, me dio más información a cerca de la beca. El concurso era por papeles y esa beca era rotativa, le tocaba a Guatemala cada seis años. Le escribí una carta al profesor Robinson donde le decía que iba a participar en una beca donde exigían tener una constancia de aceptación en algún lugar de Estados Unidos. El me mandó la carta y el programa de todo lo que haría en el año. Todo eso lo presenté y por supuesto gané la beca. Me fui a Carolina del Norte en el mes de agosto del 68, para empezar en septiembre. Ya el profesor Robinson me había reservado alojamiento en un lugar que se llamaba hospedaje para graduados, que estaba como a 4 cuadras del centro médico. Cuando llegué a su oficina me preguntó si también se iba a trasladar mi familia para Carolina del Norte. *"Pues esa es la idea"* le dije *"porque tengo dos niñas pequeñas"*. Me preguntó de cuánto era la beca y yo le indique que la beca era de 500

dólares al mes. *“Eso no le alcanza aquí”* dijo. Tenía una secretaria que se llamaba Yanise; le pegó un grito y le dijo: *“tramite el nombramiento del Dr. Cordón como investigador asociado del Servicio de Nefrología, con 600 dólares de sueldo a partir de hoy”*. De manera que mi beca se me duplicó a 1,100.00 dólares. Estuve un año completo, regresé a Guatemala en octubre del 69. Durante mi estadía, frecuentemente Ike me invitaba con mi familia a comer en su casa. Desarrollamos una amistad grande con Ike, como le decíamos los íntimos a Roscoe Robinson. Por supuesto que este hecho molestó a más de alguno, como a un argentino que tenía de compañero.

RMLM: ¿Para qué Universidad de Carolina del Norte trabajaba el Dr. Robinson?

OCC: Para Duke University. Me recuerdo que yo acompañaba los sábados al Dr. Robinson a un hospital donde le presentaban un caso de Nefrología, se lo exponían con la historia y los estudios y luego pasaba él a comentarlo. Ike Robinson me rogó que me quedara trabajando con él. Igual me pasó con Gustavo Gordillo en México. Lo que pasa es que a Gustavo Gordillo no le gustaba poner catéteres peritoneales ni hacer biopsias, entonces yo biopsiaba y ponía catéteres a sus pacientes privados. Pero antes de irme a Estados Unidos el Dr. Ricardo Asturias Valenzuela, quien en ese entonces era Gerente del IGSS, me había ofrecido la plaza de nefrólogo a mi regreso.

RMLM: ¿En el Seguro Social?

OCC: Sí. Pero resultó que Ricardo después fue Ministro de Salud Pública. Cuando yo regresé ya no era ni Gerente del IGSS ni Ministro. De esa suerte, empecé a trabajar de tiempo completo para la USAC como jefe de Ciencias Clínicas I, con 300 estudiantes y 13 profesores. Al año y medio de haber regresado, había ya 3,000 estudiantes con los mismos 13 profesores. Decidí renunciar y entonces fui al IGSS un mes de noviembre como en el 71. Estaba hablando con la secretaria en el departamento de personal, cuando me vio Leonel Muñiz, quien era el jefe de personal. El me dijo que el hospital general no tenía nefrólogo y me preguntó si aceptaba ser el nefrólogo del hospital. Mi pregunta fue *“¿y usted cree que me pueda nombrar?”*, a lo que respondió *“¡Claro que lo puedo nombrar! Déjeme su teléfono y lo llamo”*.

RMLM: ¿En el Hospital General del IGSS?

OCC: En el General del IGSS. Como a la semana me llamó. Eso ya era como la tercera semana de noviembre como en el año 71 ó 72, por ahí. Me dijo *“lo llamo para que el primero de diciembre se presente al hospital a tomar posesión de su plaza”*, Yo me quedé asombrado y le dije: *“Mire Leonel, yo le agradezco mucho pero el uno de diciembre no puedo tomar posesión. Resulta que soy presidente de la Asociación Pediátrica y tengo un congreso del 1 al 5 de diciembre en Costa Rica”* A lo que él repuso *“Al día siguiente que regrese se presenta. Su contrato está vigente a partir del primero”*.

RMLM: Después de que vino de Estados Unidos y antes de empezar a trabajar en el IGSS, en el ínterin ¿en dónde se desempeñó?

OCC: En la Universidad y en Hospital Roosevelt

RMLM: Someramente ¿cuál era el estado de la Nefrología a su regreso a Guatemala? ¿Quiénes estaban ya aquí? ¿Qué había con respecto a diálisis, trasplante, medicamentos?

OOCC: Prácticamente no había nada. Sólo estaba el Dr. Manuel Arias, que principalmente se dedicaba a la docencia; aunque me enteré que tenía una máquina de hemodiálisis. Cuando logramos la creación del Servicio de Nefrología en el IGSS, empezaron a rotar residentes de tercer año de medicina del Hospital General San Juan de Dios y del Roosevelt.

RMLM: ¿Había diálisis y trasplante a su regreso?

OOCC: Nada. No había nada.

RMLM: Al iniciar el Servicio de Nefrología del IGSS ¿estaba usted solo?

OOCC: Sí, solo.

RMLM: ¿Por cuánto tiempo estuvo solo?

OOCC: No mucho tiempo. Creo que después de un año llegó Bethancourt y después Galicia.

RMLM: ¿ahí empezaron con la diálisis?

OOCC: Yo creo que nosotros fuimos los primeros en dializar.

RMLM: ¿agudo y crónico?

OOCC: Agudos y crónicos. Empezamos con diálisis peritoneal aguda, con catéteres rígidos.

RMLM: ¿y los catéteres de Tenckhoff? ¿Llegaron mucho después?

OOCC: No. Llegaron relativamente pronto, como en el 80 u 81.

RMLM: ¿Cómo fue el inicio de la hemodiálisis crónica en el IGSS?

OOCC: Esa fue una lucha grande. El expediente era de 22 páginas y yo lo fotocopiaba cada vez que daba toda esa ronda de "tráigalo para acá, que vuelva y llévelo para allá". Lo dejé de fotocopiar cuando llevaba 500 y pico de páginas. Trascurrieron 11 años de lucha en el hospital, con un director que no estaba muy de acuerdo. Empezamos con una máquina que yo encontré en una bodega, esa fue la primera. A partir de allí se empezaron a hacer las primeras diálisis en agudos y posteriormente se fue creciendo. En ese tiempo yo llegué a ocupar la Dirección del Hospital. Mi paso por la Dirección fue vital para que arrancáramos con esas cosas. Posiblemente se hubiera podido hacer más, pero como a los tres años de estar yo en la Dirección, fui ascendido a Director General de Servicios Médicos en enero de 1,976. En el mes de febrero fue el terremoto y nos dedicamos al terremoto. Por presiones del sindicato me quitaron del puesto a los tres meses y regresé a Nefrología.

RMLM: En 1,976 entonces, ¿cuántas máquinas tenía el Servicio de Nefrología del IGSS?

OOCC: Ya había por lo menos cuatro o cinco máquinas. Y cuando yo me fui en 1,993 ya había 18 máquinas.

RMLM: ¿Cuántas hemodiálisis llevaban cuándo se hizo el primer trasplante?

OOCC: Más de 33,000.

RMLM: ¿Cómo fue el inicio del programa de trasplantes?

OOCC: Cuando Ríos Mott subió con el golpe de Estado llamó a la Junta Directiva del IGSS para preguntarles a quién proponían en la Gerencia, entonces propusieron al Lic. Francisco Reyes López como interventor, pero después lo pusieron como gerente. El Lic. Reyes me mandó a llamar y me dijo *“Yo sé que usted ha pedido que se vaya Caal, Macdonald y Bethancourt a entrenarse en trasplante a México; y que se vaya el Dr. Murga a Estados Unidos. Yo no soy hombre de papeles. Usted se va a México ya y me consigue lugar para que estas gentes se entrenen. Menos para Estados Unidos, eso dejémoslo para después.”* Le repuse: *“Mire Licenciado, es muy fácil decir usted se va ya. Pero yo no vivo del IGSS, yo vivo de mi clínica. Por otro lado conozco los viáticos que dan a los médicos aquí”*. Entonces me ofreció gastos de representación aparte de los viáticos. A las 24 horas de estar en México lo llamé y le dije que ya estaba todo arreglado y que quería quedarme unos ocho días para entrenarme yo en la parte administrativa de los trasplantes.

Pero al poco tiempo sucedió que Reyes cambio radicalmente. Vino un grupo de Tulane a realizar unos trasplantes en un hospital privado y en ese viaje le ofrecieron sus servicios al Seguro Social. El Dr. Palomo fue el que los presentó a las autoridades del IGSS. El grupo de Tulane hizo una propuesta al Seguro Social, en donde los pacientes debían ser trasladados a Tulane para ser trasplantados. El Dr. Wohlers, quien era el Presidente de Junta Directiva, nombró una comisión para estudiar el asunto. En la comisión estábamos el presidente de la Junta Directiva, Humberto Aguilar Stackmann que era Director de Servicios Médicos, otro representante de la Junta Directiva, el representante del grupo de Tulane y yo. Como a los tres meses de habernos nombrado ocurrió la primera reunión. Se dieron algunos problemas que me llevaron a renunciar de la comisión y el plan no prosperó.

RMLM: ¿De qué año estamos hablando?

OOCC: Estamos hablando del golpe estado de Ríos Montt, eso fue en el 84.

RMLM: ¿En qué año inició el programa de trasplantes en el IGSS?

OOCC: En el 85. El 6 de mayo fue el primer trasplante. Las fechas de los primeros trasplantes fueron Lunes 6, miércoles 8 y jueves 9 de mayo de 1,985.

RMLM: ¿Quiénes conformaron el equipo médico-quirúrgico que participó en estos trasplantes?

OOCC: Hubo médicos nacionales y extranjeros que vinieron a apoyarnos. Como dos meses antes de la fecha programada para los trasplantes, invité al Dr. Javier Castellanos Cutiño para que viniera a chequearme sí todo estaba en condiciones para realizar los procedimientos.

Cuando vino Javier lo llevé a la Dirección del Hospital. El Dr. Carlos Salazar, director de ese tiempo, lo primero que hizo, aún antes de estrecharle la mano, fue decirle a Javier: *“Eso de trasplante no se puede hacer aquí”*. A los pocos días antes del primer trasplante le dio un infarto al director y cuando vino Javier a ayudarnos a realizar los trasplantes, lo primero que hizo fue ir a ver al Dr. Salazar a su casa.

En fin, esa semana estuvieron trasplantando con nosotros Javier Castellanos Cutiño, Abel Archundia y otro médico joven, que se me escapa el nombre.

RMLM: ¿Quiénes conformaban la contraparte nacional del equipo que inició los trasplantes?

OCC: Mario Aguilar Campollo, Federico Caal, José “el Sordo” Barnoya y Aníbal Ponce. Los encargados de la nefrectomía eran Barnoya y Ponce. Los que implantaban eran Caal y Mario Aguilar. En la parte de anestesia estaban el Dr. Samayoa y el Dr. David Pinto. Cuando me retiré en 1,993 ya habíamos realizado 45 trasplantes.

RMLM: ¿Qué medicamentos usaban para la inmunosupresión?

OCC: En ese tiempo usábamos sólo esteroides y azatioprina/Imurán.

RMLM: Los trasplantes, ¿Eran de donador vivo?

OCC: Sí, de donador vivo.

RMLM: ¿Y en cuanto a las pruebas de compatibilidad?

OCC: Se mandaban a México. Después vino el encargado que hacía los estudios de compatibilidad en el Hospital Londres de México. Lo invitamos a venir y dio un curso. Entrenó a una señora técnica de laboratorio, quien después se fue a perfeccionar a México. Luego de eso ya tuvimos la capacidad de hacer las pruebas aquí.

RMLM: ¿Quién le sucedió como jefe del Servicio de Nefrología del Seguro Social?

OCC: No estoy seguro, pero creo que de Gandarias no tuvo plaza de jefe. Entonces el que se quedó fue Mollinedo. Mollinedo me invitaba a llegar a sesiones. Incluso con Sánchez estuve llegando bastantes veces. Cuando Mollinedo me invitó a una reunión en un hotel para celebrar el trasplante número 100, le dije por teléfono:

- *“Mire Alfredo, ¿no le gustaría ver el trasplante número uno?”*
- *“¿usted lo tiene?”* Me dijo Alfredo
- *“Lo tengo, pero desafortunadamente lo tengo narrado por mi persona”*
- *“¡Ahh!”, me dijo, “tráigaselo y yo le voy a poner ahí un televisor y un proyector.”*

Primero participó Carlos Herrera Nájera, el cirujano, y habló sobre la historia de la Nefrología. Basó su exposición en detalles de cuándo empezó la Nefrología en Estados Unidos,

con esto y con el otro. Mi participación la dejaron de último. Y cuando yo pasé al último, y conté cómo empezó la Nefrología en Guatemala y proyectaron la película del primer trasplante; no le miento, fue terminando y Carlos Herrera se levantó y me fue a pedir disculpas por no haber investigado sobre la historia local. *“No se preocupe de eso”*, le dije.

RMLM: Usted ha sido realmente un pionero de la Nefrología en Guatemala. ¿Quiénes, diría usted, han marcado su vida profesionalmente? ¿Quiénes hicieron la diferencia en su trayectoria profesional?

OCC: Cuando roté como externo del Departamento de Pediatría, el Dr. Monzón Malice me mostró mucha estima. Estando yo en sexto año, él me pidió que realizara un trabajo que le habían encomendado de la casa Lilly sobre el uso de un nuevo antiparasitario. Hice ese trabajo con él y me dijo: *“guarde todo lo que tenga porque esta puede ser su tesis de graduación”*. Efectivamente, esa fue mi tesis de graduación y él fue mi asesor de tesis. Cuando me gradué me ofreció un trabajo para que el día sábado fuera en avioneta al Petén. Me iría en una avioneta en la mañana y regresaría en la tarde. Hice cuentas y prácticamente eran como 50 viajes al año y no era nada raro que se quedaran las avionetas en una montaña por allí. Así que no le acepté la propuesta. ¿Usted conoció al Dr. Monzón Malice?

RMLM: No, no lo conocí.

OCC: Le voy a contar brevemente. Yo fui el quinto de la promoción en graduarme. Cuando terminé el último privado, llegué con el Dr. Monzón Malice para que me revisara la tesis antes de imprimirla. Ya la tenía toda a máquina. Él me la agarró y no me dejó una hoja sin tocar, y me dice *“¿Cuándo me la trae de nuevo?”* Le dije: *“Mañana en la tarde”*. Yo estaba recién casado, y entonces mi esposa me ayudó. Llegue al día siguiente en la tarde. A la cuarta vez que llegué, me lo firmó.

RMLM: Y en la parte de Nefrología ¿Quiénes fueron sus maestros?

OCC: A quienes recuerdo, estimo y quiero mucho como maestros es a Ike Robinson y a Gustavo Gordillo Paniagua. He tratado de comunicarme con Roscoe Robinson, pero no sé si está vivo todavía, creo que ya falleció. Se fue a vivir a Filadelfia un tiempo y creo que allí murió. Gustavo Gordillo vino varias veces a Guatemala invitado por nosotros. Él me trató siempre con una gran deferencia. Para mí esos son los dos principales maestros que tuve.

RMLM: Me dio mucho gusto que en el último Congreso Centroamericano de Nefrología, que tuvimos la oportunidad de presidir y organizar, se instaurara el premio “Dr. Óscar Cordón Castañeda” al mejor trabajo de investigación. Es algo más que merecido, ya que pocas personas tienen la capacidad de ver en perspectiva el desarrollo de la Nefrología en el país. A propósito, desde esa perspectiva que usted tiene ¿Qué personas cree que han sido claves para el desarrollo de la rama?

OCC: Yo mencionaría a Alfredo Mollinedo y a Leonel de Gandarias. Y ya de la época más reciente, mencionaría por supuesto a Vicente Sánchez y a usted Randall, porque se ha metido de lleno a la Nefrología.

RMLM: ¿Cuál cree usted que ha sido su principal aporte a la Nefrología Guatemalteca?

OOCC: Diría que esta pregunta se la debería hacer a otra gente. Pero, yo luché mucho por crear el Servicio de Nefrología del Seguro Social.

RMLM: Usted participó en los orígenes de la Asociación Guatemalteca de Nefrología. Tuvimos la oportunidad de hablar también con el Dr. Bethancourt acerca de esto y nos proporcionó algunas fotos de la primera sesión. Usted sabe también que el año pasado, durante mi gestión como presidente, tuvimos que refundar a la AGN porque no tenía la personería jurídica. ¿Cuál cree usted que debería de ser la misión fundamental de la AGN en este tiempo?

OOCC: Sí, yo participe en la fundación. Yo pensaría que una de las misiones fundamentales debería de ser la de mantener una constante vigilancia sobre el desarrollo de la Nefrología en el país; implementando las cosas que cuesta que lleguen porque somos subdesarrollados. Creo que eso para mí es esencial, mantener la calidad de la Nefrología.

RMLM: ¿Participó usted también en la fundación de la Asociación Centroamericana de Nefrología?

OOCC: Sí, eso sí lo tengo en mente, porque hay cosas que no se pueden olvidar. Se fundó y la directiva la presidía Carlos Chaverri, de Costa Rica. En esa sesión, me nombraron presidente honorario vitalicio, eso fue el 5 de septiembre del año 86 más o menos. Yo tengo el acta.

RMLM: ¿Algo más que quisiera agregar doctor, ya para concluir la entrevista?

OOCC: Yo quisiera hacer patente mi felicitación a la directiva que usted presidió y a ese congreso que organizaron en Antigua que fue fabuloso. Asistió gente relevante, le digo, mis amigos Carlos López Viñas de Colombia, Modesto Moreno de Panamá y Plutarco Elías, con quienes también nos conocíamos bastante. Para mí fue un buen congreso realmente. ¿Se recuerda que lo felicité públicamente? ¡Y lo felicito nuevamente y que siga en la lucha!

RMLM: Gracias doctor.

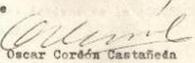
Guatemala 30 de Mayo de 1979

Dr. Miguel René Escobar M.
Secretario del Colegio de
Médicos y Cirujanos
Ciudad.

Señor Secretario

Para su conocimiento y efectos le informo que recientemente se ha fundado la ASOCIACION DE NEFROLOGIA DE GUATEMALA, motivo por el cual le envío los Estatutos de la Asociación, el listado de los médicos que firmaron el acta de fundación, los médicos nefrólogos activos y los médicos adherentes.

Atentamente


Dr. Oscar Córdón Castañeda
Presidente en funciones
46 calle 2-59 Zona 12

COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS
DE GUATEMALA


29/5/79

Carta enviada al Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala. Texto: *Guatemala, 30 de mayo 1979. Dr. Miguel René Escobar M., Secretario del Colegio de Médicos y Cirujanos. Ciudad. Señor Secretario: Para su conocimiento y efectos le informo que recientemente se ha fundado la ASOCIACIÓN DE NEFROLOGÍA DE GUATEMALA, motivo por el cual le envío los Estatutos de la Asociación, el listado de los médicos que firmaron el acta de fundación, los médicos nefrólogos activos y los médicos adherentes. Atentamente, Dr. Óscar Córdón Castañeda, Presidente en funciones, 46 calle 2-59 zona 12. Sello de recibido por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala 29 de mayo 1979.*

2.3 Doctor Carlos Joaquín Bethancourt Monzón



Dr. Carlos Joaquín Bethancourt Monzón. Fotografía tomada por el autor en Noviembre 2,008.

RMLM: Dr. Bethancourt le agradezco que haya aceptado la entrevista. Esta serie de entrevistas nos permitirá sistematizar la información que existe sobre la Nefrología en Guatemala. Para empezar doctor, ¿Me puede decir su nombre completo?

CJBM: Carlos Joaquín Bethancourt Monzón.

RMLM: ¿Dónde realizó sus estudios de pre grado?

CJBM: Yo soy egresado de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, luego hice mi residencia de medicina interna en el Hospital Roosevelt.

RMLM: ¿y de post grado, doctor?

CJBM: Posteriormente me fui a la ciudad de México, al Hospital Infantil de México a hacer la especialidad en Nefrología. También tenía nexos con el Hospital de Nutrición y el Hospital 20 de Noviembre.

RMLM: ¿En qué año regresó al país?

CJBM: En 1,972 ya estaba en Guatemala.

RMLM: ¿Quiénes estaban ya en el país cuándo usted regresó?

CJBM: Primero el Dr. José Manuel Arias Tejada que era especializado en medicina interna y que obtuvo su especialización en Nefrología en Estados Unidos. Tengo entendido que él estudió con Barry Brenner, un maestro que ha escrito libros de texto en Nefrología. El Dr. Arias Tejada regresó al país creo que alrededor del año 65 y siempre se dedicó a la docencia en la Facultad de Medicina de la USAC. Su práctica privada la hizo en el Hospital Herrera Llerandi.

Después el Dr. Cordón Castañeda, que realizó su especialidad en pediatría y su especialidad en Nefrología en el Hospital Infantil de México. Creo que fue alrededor del año 65

que regresó al país. Fue un médico institucional del Seguro Social y fue el iniciador del Programa de Nefrología Clínica y Hemodiálisis en el Departamento de Medicina Interna del Hospital General del IGSS. Él fue prácticamente uno de los que comenzaron la Nefrología en Guatemala.

Al mismo tiempo estaba el Dr. César Augusto Vargas Monterroso. Él es internista y su especialidad en Nefrología la realizó en el Hospital Walter Reed en los Estados Unidos. A su regreso fue médico institucional en el Hospital Militar y su práctica privada también la tuvo allí.

Estos tres médicos fueron los primeros que yo tengo entendido que vinieron a Guatemala ya con la especialización en Nefrología. Pero no hubo una dedicación exclusiva a la Nefrología, sino hasta que el Dr. Cordón comenzó en el IGSS el Programa de Nefrología.

Una vez iniciado el programa se unió el Dr. Justo César Galicia Celada (QEPD) en el año 74. Él había realizado su especialización de medicina interna aquí en Guatemala y su especialidad de Nefrología en México. Él hizo su práctica privada en el Hospital Nuestra Señora del Pilar.

Tanto el Dr. Galicia como su servidor iniciamos nuestra actividad en Guatemala a partir del año 1,974. Yo me integré al programa de Nefrología del IGSS en el año 1,976. De ese programa fue que partió la Nefrología en Guatemala.

Después se inició el programa de Nefrología Clínica y Hemodiálisis en el Hospital San Juan de Dios en el año 1,976 y me tocó dirigirlo en ese entonces. Mi práctica privada la hice en el Hospital Los Arcos.

RMLM: ¿Cuál era el estado de la Nefrología a su regreso, en cuanto a Diálisis y Trasplante?

CJBM: El programa de Hemodiálisis a nivel institucional se inició en el Servicio de Nefrología, del Departamento de Medicina, Hospital General de Enfermedad Común, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Esto fue en el año de 1,974, por los doctores Óscar Cordón Castañeda y Justo César Galicia Celada. El Gerente General del IGSS en ese entonces era el Licenciado Carlos Enrique Fagiani Torres.

El Programa de Trasplante Renal de Donador Vivo a nivel institucional se inició también en el mismo servicio del Hospital General de Enfermedad Común del IGSS en el mes de Mayo de 1,986. Participamos los Doctores nefrólogos Óscar Cordón Castañeda, Carlos Joaquín Bethancourt Monzón y Leonel de Gandarias. Los coordinadores quirúrgicos fueron los doctores Carlos Salazar, Mario Aguilar Campollo, Federico Caal, José Barnoya y Aníbal Ponce. En los tres primeros trasplantes se contó con la asesoría de los médicos trasplantólogos mexicanos Javier Castellanos Coutiño y Abel Archundia García. En esa oportunidad fungía como Gerente General del IGSS el Dr. Julio Penados del Barrio.

El Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria institucional se inició en Octubre de 1,989, también en el IGSS. Participaron los doctores nefrólogos Óscar Cordón

Castañeda, José Alfredo Mollinedo Paniagua, Carlos Joaquín Bethancourt Monzón, Leonel de Gandarias. Fungía como Gerente General del IGSS el Dr. Celso Cerezo Mulet.

En cuanto a los trasplantes renales, el primero de Guatemala fue realizado en la práctica privada, en marzo de 1984, por los doctores Justo Cesar Galicia Celada nefrólogo; y como coordinadores quirúrgicos los doctores Carlos Salazar, Gustavo Flamenco y Federico Murga. Fueron realizados en el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, Asociación Española de Beneficencia de Guatemala y con la asesoría del Dr. John Hussey, Jefe de la División de Trasplante Renal de la Universidad de Tulane, Louisiana, Estados Unidos.

RMLM: Dr. Bethancourt me llamó la atención que usted mencionó que su entrenamiento había sido en Nefrología Pediátrica, siendo usted internista ¿Cuéntenos sobre eso?

CJBM: Mi formación fue puramente de medicina interna en el Hospital Roosevelt. Tuve la oportunidad de hacer cuatro años y medio de residencia en el Departamento de Medicina Interna a cargo del Dr. José Fajardo, mi gran maestro. En esa época, estamos hablando de 1,972, no existían subespecialidades y entonces estaban con un plan de formar médicos subespecialistas generales. Es decir, si iban a mandar a alguien a Nefrología, tenía que saber de niños y de adultos. Las autoridades del Ministerio lanzaron la idea a través de la Organización Mundial de la Salud y otras instituciones, y solicitaron lugares que se comprometieran en dar formación general en la subespecialidad. México, donde estaba el Dr. Gustavo Gordillo Paniagua, fue el único que respondió. El mismo Dr. Gordillo habló directamente a las autoridades y se comprometió a que al médico que mandaran recibiría formación en Nefrología general. Pero, desafortunadamente, tenía que entrar por su Servicio de Pediatría para poder, ya adentro, modificar las rotaciones del programa. Entonces yo tuve formación en Nefrología Pediátrica, que fue la que más me costó por no ser pediatra, y en Nefrología de adultos, que ya me fue más fácil. En papelería tenía que decir Nefrología Pediátrica.

RMLM: Interesante. Doctor, ¿quién o quiénes considera que han sido sus maestros, sus mentores en su carrera profesional?

CJBM: ¿A nivel nacional?

RMLM: A nivel nacional e internacional.

CJBM: Pues mire, definitivamente a quien llevo en el corazón es al Dr. Fajardo Iriarte, el famoso Chepito Fajardo. También al Dr. Gustavo Gordillo Paniagua, a quien le debo mi formación en México y por supuesto al Dr. Óscar Cordón Castañeda por el apoyo que recibí de él al comenzar mi carrera profesional.

RMLM: Usted ha participado en la Asociación Guatemalteca de Nefrología desde sus inicios. ¿Nos puede contar algo de su historia?

CJBM: Fue en las instalaciones del hotel Guatemala Biltmore en la ciudad de Guatemala el día 20 de agosto de 1,976, que quedó fundada la Sociedad de Nefrología de Guatemala. Nos reunimos y participamos médicos nefrólogos y otros médicos con especialidades afines. Fue así

porque los nefrólogos no llegábamos a un número suficiente para constituir una Sociedad. Ese día nos reunimos el Dr. José Manuel Arias Tejada, Dr. Óscar Cordón Castañeda, Dr. Justo César Galicia Celada, Dra. Ana María Velázquez Trócoli, Dr. Gustavo Santizo Leppe, Dr. Víctor Fernández Fernández, Dr. Ernesto Mena Melgar, Dr. Roberto Lorenzana, Dr. Mario Vargas Cordón, Dr. Roberto Maselli Porras y la Dra. María Elena Morales.

Integramos la Junta Directiva provisional de la siguiente manera: Presidente fue el Dr. Óscar Cordón Castañeda; Secretario-Tesorero, Justo César Galicia y Vocal, Dr. Carlos Bethancourt Monzón. Se comisionó a la Junta Directiva provisional para que elaboraran los estatutos de la Sociedad. El día 4 de octubre de 1976 en el hotel Guatemala Biltmore se realizó una segunda sesión en la cual se dio lectura y aprobación del acta con fecha del 20 de agosto del 76. Se procedió a firmar el acta de la fundación de la Sociedad de Nefrología de Guatemala por los que asistieron a la sesión del 20 de agosto del 76 y se sometieron los primeros estatutos de la Sociedad a la consideración de los presentes.

RMLM: Gracias Doctor Bethancourt por la foto que nos proporciona de la fundación de la Sociedad de Nefrología de Guatemala. ¿Nos puede comentar qué fue lo que motivó a los médicos no Nefrólogos a participar?

CJBM: Nuestra inquietud era formar la Sociedad de Nefrología en Guatemala y para ese fin agrupamos a los médicos especialistas en Nefrología y médicos con especialidades afines que constituían parte del equipo multidisciplinario de trabajo.

El Dr. Víctor Fernández y Fernández (QEPD) era un médico patólogo general que tuvo entrenamiento en Estados Unidos en Nefropatología. Fue un bastión en la patología renal porque era en su servicio donde nosotros hacíamos las discusiones clínico-patológicas de todas las biopsias que se hacían en Guatemala. Un médico entusiasta que ya desafortunadamente no está con nosotros.

Luego está el Dr. Ernesto Mena Melgar, usted lo conoce, él es médico radiólogo. Uno de los primeros que hizo en Guatemala arteriografías renales y hasta procedimientos especiales. Le gustó mucho la rama de la radiología renal y por eso es que estaba acompañándonos.

El Dr. Rodolfo Lorenzana es un médico patólogo, fundador de la escuela de citología. Tengo entendido que como tesis para graduarse de médico de la Facultad, desarrolló un riñón artificial que él mismo diseñó.

El Dr. Gustavo Santizo Leppe, médico inquieto, cirujano del San Juan de Dios, que tuvo su entrenamiento en Francia. En Francia vio bastantes procedimientos de Nefrología. Inclusive creo que ya estaban en la época de trasplantes. El venía muy ilusionado, tanto así, que se trajo un riñón artificial de la variedad Kill. El Dr. Santizo Leppe, con el Dr. César Vargas y la Dra. Ana María Velázquez, tuvieron la oportunidad de realizar la primera hemodiálisis en una paciente con insuficiencia renal aguda en el Hospital General San Juan de Dios.

Luego el Dr. Mario Vargas Cordón, reconocido profesional especializado en farmacología. Él fue el primer farmacólogo. En realidad le interesó mucho la farmacología renal y nos acompañó también en la formación de la sociedad.

El Dr. Roberto Maselli, inmunólogo, que nos ayudó a comenzar a hacer nuestras primeras investigaciones en inmunología y enfermedades renales. Tenemos a la par a una doctora residente de Pediatría que estaba haciendo con nosotros su electivo y participó en esta fundación. Después está la Dra. Ana María Velázquez, médica entusiasta del San Juan de Dios, nefróloga y que trabajó todo su tiempo a nivel institucional. Luego están el Dr. Óscar Cordón Castañeda, el Dr. Manuel Arias Tejada y el Dr. Justo César Galicia.

RMLM: ¿Cómo fueron esos primeros días de la recién formada Sociedad de Nefrología de Guatemala?

CJBM: Las actividades científicas y administrativas fueron periódicas durante los años del 76 al 78. Nos reuníamos en las instalaciones de la casa Hetch de Guatemala.

El 30 de mayo de 1,979 se hace entrega al Dr. Miguel Escobar secretario del Colegio de Médicos y Cirujanos, de los requisitos que el Colegio exigía para la inscripción, ya no de la sociedad, sino de la Asociación de Nefrología de Guatemala. Además se entregaron los estatutos de la Asociación, el estado de los médicos que firmaron el acta de fundación y la lista de médicos nefrólogos activos y los médicos adherentes. Firmaron en esa oportunidad los doctores José Manuel Arias Tejada, Carlos Joaquín Bethancourt, Rodrigo Castañeda, Óscar Cordón Castañeda, Víctor Fernández, Justo César Galicia, Elmer González, Rodolfo Lorenzana, Arnoldo MacDonald, Roberto Maselli, Carlos Ernesto Mena, Federico Murga, Gustavo Santizo, Mario Vargas Cordón, César Augusto Vargas Monterroso, y Ana María Velásquez.

Los médicos socios, que ya constituían parte de la Asociación de Nefrología de Guatemala, que en esa oportunidad estaban activos eran: José Manuel Arias Tejada, Carlos Joaquín Bethancourt Monzón, Óscar Cordón Castañeda, Víctor Fernández Fernández, Justo César Galicia Celada, Elmer Danilo Gonzáles Ortega, César Vargas Monterroso, Ana María Velázquez Trócoli, Jorge Mario Izaguirre, José Santos García Noval, Juan Olivero y Miguel Antonio Ríos Mirón. Los médicos y cirujanos socios adherentes era: Carlos Reyes Silva, Rafael Villeda, Manuel Muralles y la enfermera Nuba Leiva.

El 6 de enero de 1,981, a través de la Secretaría del Colegio de Médicos y Cirujanos y aprovechando la celebración del Congreso Nacional de Medicina que fue de febrero a marzo del 81, se invitó a todas las asociaciones de Nefrología de Centro América para la fundación de la Asociación de Nefrología de Centro América. Asistieron: por El Salvador, el Dr. Eduardo Gálvez Valdez, Ramón García González y José Benjamín Ruiz Rodas; por Honduras, Plutarco Castellanos; por Nicaragua, Norman Girón; por Costa Rica, Mario Soto y por Panamá, Modesto Moreno.

El 1ro de abril de 1,981, en sesión ordinaria de la Asociación de Nefrología de Guatemala, el Dr. Cordón hace entrega a los socios de los diplomas aprobados por la comisión de especialidades del Colegio de Médicos de Guatemala. Además en esa oportunidad el Dr. Cordón dio posesión a la nueva Junta Directiva de la Asociación, para el periodo 1,981-1,982. Esta segunda junta directiva estaba formada de la siguiente manera: presidente, Carlos

Bethancourt Monzón; Secretario-Tesorero, César Vargas Monterroso y vocal, Manuel Arias Tejada.

El 7 de mayo de 1,981 la junta directiva presidida por mí, considera la revisión de los estatutos de la Asociación por dos razones: a) para adquirir la personería jurídica y b) por tener que registrar de nuevo a la Asociación en el Colegio de Médicos de acuerdo a lo planteado en el nuevo reglamento de especialidades. En ese momento el Colegio de Médicos había tomado mayor solidez en lo que respecta a la autorización de las especialidades en Guatemala, teniendo ya sus reglamentos respectivos.

RMLM: Dr. Bethancourt, mencionó usted que ya en 1,981 existía el interés por que la Asociación tuviera personería jurídica, ¿qué pasó que eso nunca se llevo a cabo, cuáles fueron los problemas?

CJBM: La verdad es que no se próspero en ese sentido. Nunca se llevó a cabo.

RMLM: Por esa razón fue que en el 2,008, durante el período que me tocó servir como presidente, hubo que refundar la Asociación y poder así tener la personería jurídica. Dicho sea de paso, la AGN ya está aprobada y reconocida por el Estado de Guatemala. A propósito, entiendo que usted tiene un historial de las primeras juntas directivas, ¿por quiénes fueron constituidas?

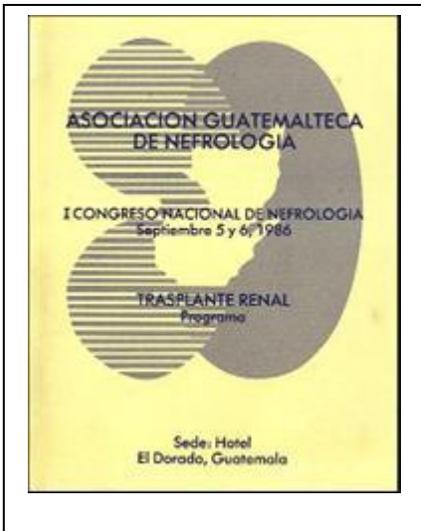
CJBM: De lo que yo tengo registrado, la primer Junta Directiva, cuyo periodo fue bastante prolongado de 1,976 hasta el 81, estuvo constituida por: el Dr. Óscar Cerdón Castañeda como presidente; Secretario-Tesorero, Justo César Galicia Celada y Vocal, Carlos Bethancourt Monzón. La segunda Junta Directiva, de 1,981 al 1,982, la formó: su servidor como Presidente; Secretario-tesorero, César Vargas Monterroso y Vocal, Manuel Arias Tejada. La tercer Junta Directiva, de 1,983-84, que tengo registrada es la del Dr. Jorge Mario Izaguirre como presidente; Secretario-tesorero, Dr. Leonel de Gandarias y vocal Alfredo Mollinedo. La cuarta Junta Directiva fue la del Dr. Leonel de Gandarias como presidente; Secretario-tesorero, Rafael Villeda y vocal la Dra. Ana María Velázquez. La quinta Junta Directiva, y ahí paro, fue la del Dr. Alfredo Mollinedo como presidente; Secretario-tesorero, Dr. Alfredo Monzón y la Vocal, Gladis Mendoza de Herman. Le hago entrega también de los folletos de programación de los primeros cuatro congresos de Nefrología.

RMLM: Gracias doctor. Viendo su carrera en perspectiva, ¿Cuál cree que ha sido su principal aporte a la Nefrología guatemalteca?

CJBM: El ideal mío fue el llegar a unir a todos los nefrólogos, el poder estar juntos y estar agremiados y que hubiéramos llegado más lejos. Básicamente fue imposible. En una oportunidad decían que habíamos 10 nefrólogos y 14 grupos. Porque mi intención era que hubiera un lugar público donde se viera toda la patología del riñón y que todos los nefrólogos estuviéramos allí adentro. Lo que más se pudo haber parecido a mi sueño, que después se logró, fue UNAERC.

RMLM: ¿Cuál cree usted que es el papel fundamental de la Asociación Guatemalteca de Nefrología?

CJBM: Diseminar conceptos de Prevención. En este momento prevenir, hacer más epidemiología y estudios sobre prevención. La tecnología avanza, vamos a ver cosas mejores que los trasplantes, pero nosotros debemos hacer énfasis en los métodos preventivos.



Programas del Primer Congreso Nacional de Nefrología y del Primer Congreso Centroamericano de Nefrología. Texto:

Izquierda: Asociación Guatemalteca de Nefrología. I Congreso Nacional de Nefrología, Septiembre 5 y 6, 1986. Trasplante Renal. Programa. Sede: Hotel El Dorado, Guatemala.

Derecha: Primer Congreso Centroamericano, Segundo Nacional de Nefrología, 7-8-9-10 de septiembre 1988. Avances en Nefrología. Sede Hotel Camino Real, Guatemala, Centro América.



Fotografía de los asistentes a la Fundación de la “Sociedad de Nefrología de Guatemala” el 20 de agosto de 1976. De izquierda a derecha, de pie: visitador médico invitado, Víctor Fernández Fernández, Ernesto Mena Melgar, Carlos Bethancourt Monzón, Rodolfo Lorenzana, Gustavo Santizo Leppe, Mario Vargas Cordón, visitador médico 1 y visitador médico 2. De izquierda a derecha, sentados: Roberto Maselli, visitador médico 3, María Elena Morales (residente), Ana María Velásquez Tróccoli, Óscar Cordón Castañeda, Manuel Arias Tejada y Justo César Galicia.

2.4 Doctor Jorge Mario Izaguirre Estrada



Fotografía del Dr. Jorge Mario Izaguirre con el autor, tomada en noviembre del 2,008.

RMLM: Como le había comentado Dr. Izaguirre, la idea de esta serie de entrevistas es recabar toda la información posible a cerca de lo que ha sucedido en la Nefrología guatemalteca desde sus comienzos y que los datos sean tomados de la fuente misma. Todo lo que hablemos será transcrito y los documentos que usted me dé, serán copiados e incluidos en el libro. Para empezar la entrevista, ¿nos puede dar su nombre completo, por favor?

JMIE: Primero que todo Randall, pues quiero darle gracias a Dios porque estoy vivo y felicitarte por este encomiable trabajo que estás empezando a hacer, porque la historia que se escribe es la que queda para el después. Mi nombre es Jorge Mario Izaguirre Estrada. Me inicié en la carrera de medicina en antiguos Básicos cuando todavía existía. Hice una carrera de 7 años en la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos. Mis principales compañeros eran, unos ya fallecidos, Alfonso Fuentes, Guillermo Flores y muchos más. Entramos una promoción de 1,000 estudiantes en esa época, de la cual salimos aproximadamente 220 y actualmente quedamos unos 180 vivos. En el año de 1,975 fue mi graduación de Médico y Cirujano, posteriormente hice un año de pediatría aquí. En esa época había muy pocos médicos y en el área pediátrica a pesar de ser tan grande el Hospital Roosevelt, se manejaba con dos residentes de primer año, tres de segundo y uno como jefe de grupo, para atender toda el área correspondiente a las especialidades. Eso nos dio mucha oportunidad para forjarnos con muchas habilidades en todas las áreas de cirugía, traumatología, medicina interna, cardiología, etc. Estando en el segundo año de pediatría, después de haber llegado a jefe de grupo, tuve la oportunidad de irme a México donde ingresé al Instituto Mexicano de Atención a la Niñez, siempre en el área de la pediatría. Mis maestros, que habían sido el Dr. Óscar Cordón, Dr. Carlos Bethancourt y Dr. Manuel Arias Tejada (QEPD), habían sembrado en mí la semilla de lo bonito que era el área de la Nefrología y ese fue uno de los motivos que me llevó a establecer contacto con el Dr. Gustavo Gordillo Paniagua durante mi estadía en México. Hablé con él y me dijo que sí podía llegar a desempeñarme en el Hospital Infantil de México. Habiéndome trasladado en el año 1,977 a México, estuve hasta principios del 80 realizando la especialidad de Nefrología Pediátrica. Tuve la oportunidad de llegar a ser el primer extranjero jefe de

residentes, algo que era sumamente preciado en esos lugares. Estuvimos en la época de la devaluación de la moneda mexicana. En esa época se acabaron las soluciones de diálisis. Con Roberto Jiménez, un nicaragüense muy capaz, el Dr. Gordillo nos dijo que nos hiciéramos cargo de los pacientes en hemodiálisis. Con los instrumentos que nos daban en ese momento, que era una batea, agua de chorro y una paleta de madera, sacamos las concentraciones de las soluciones que traían los galones de Travenol y los convertimos a miliequivalentes. Con esto te quiero decir que aprendimos mucho: la batea era de 120 litros y logramos reconstituir las soluciones dialíticas para poder continuar dializando a los pacientes. Con el primer paciente que dializamos, estábamos nosotros contra la pared. El Dr. Gordillo, que era una persona muy capaz pero de una mano férrea, nos dijo: *“bueno toman la osmolaridad antes y después. No se vayan a separar ni un minuto del primer paciente, no vaya ser que se les muera”* y así estuvimos. Recuerdo que fue un momento crítico, pero logramos darles seguimiento con hemodiálisis a estos pacientes. Posteriormente apareció el Tenckhoff. Nosotros mismos, los nefrólogos, colocábamos los Tenckhoff en sala de operaciones y hacíamos las biopsias. Se realizaban aproximadamente 2,000 biopsias al año. Hay una historia que ahora me parece jocosa: estando con el Dr. Felipe Mota, quien había hecho su entrenamiento en pediatría y nefrología pediátrica y después lo había enviado el Dr. Gordillo a estudiar patología renal dos años con la Dra. Renée Habib, una eminencia mundial. Cuando regresó el Dr. Mota tenía un cuarto sólo de biopsias renales. Hacíamos una pasantía de unos tres meses con ellos, interpretando las biopsias. No sólo en el laboratorio para ver cómo se preparaban, sino mirábamos con él al microscopio al mismo tiempo. Me había pedido el Dr. Mota que le alcanzara un azafate con unas 200 laminillas ya clasificadas para que sirvieran a los estudiantes. Al jalar y darme vuelta, se me soltó el azafate y cayeron todas las laminillas. Todos los que estaban en el área de la biblioteca voltearon para ver y se dijeron *“¿que hizo éste?”*. Lo único que me dijo el Dr. Mota fue *“no tengas pena, le voy a decir a mi esposa que te prepare otras. Sólo fíjate en los códigos para que ella posteriormente los pueda volver a hacer”*. Yo pensé *“aquí me echaron ya de la Nefrología”*, pero gracias a Dios salimos bien y así quedó. Una experiencia muy gratificante. Luego regresé a Guatemala en el año 1,980. Hice una oposición en el Hospital Roosevelt, entrando en el área de pediatría. Pero mi interés ya era la Nefrología y se fundó la primera consulta externa de Nefrología Pediátrica. Anteriormente llegaban los Doctores Córdón y Bethancourt a hacer consultas individuales y esporádicas a pacientes que tuvieran algún problema renal. Sin embargo de los años 80 al 94 fui encargado de la consulta externa de Nefrología Pediátrica. En ese entonces no había nefrólogo de adultos, porque los doctores Carlos Bethancourt y Óscar Córdón a pesar de ser internistas, habían ido a entrenarse a México en Nefrología Pediátrica y luego regresaron a hacer su práctica en adultos. Prácticamente era muy parecido, la diferencia se da cuando querías sacar una biopsia renal. Una vez me pidieron que hiciera una biopsia a una persona morena de Livingston de 220 libras. Yo acostumbrado a utilizar agujitas de 2 ó 3 pulgadas, tuve que utilizar una aguja de 7 pulgadas para lograr llegar a ese riñón. Mientras que con recién nacidos uno entraba 2 ó 3 milímetros y allí estaba el riñoncito.

Dirigir la consulta externa de Nefrología Pediátrica fue una experiencia importante, me dio mucha experiencia clínica. Guardo gratos recuerdos. Posteriormente vino la Dra. Gladis Mendoza de Herman y cuando ella vino yo le dije *“mira tengo otras obligaciones, encárgate tú*

de la consulta". Posteriormente vino la Dra. Alejandra Arredondo y también ingresó como asistente al Hospital Roosevelt. Ellas continuaron con este trabajo.

RMLM: Usted mencionó que ya estaban aquí el Dr. Cordón y el Dr. Bethancourt, ¿quienes más estaban en el país cuando usted regresó?

JMIE: El Dr. Manuel Arias Tejada, que trabajaba en la Facultad de Medicina. No creo que se haya dedicado a la práctica clínica sino que más bien a la enseñanza. Ellos fueron prácticamente los pioneros.

RMLM: Cuando usted regresó a Guatemala ¿Cómo encontró el ambiente nefrológico? ¿Cómo definiría el estado de la Nefrología en cuanto a diálisis y trasplante?

JMIE: Únicamente se hacían las diálisis peritoneales agudas. Cuando yo vine se empezaron a colocar los catéteres de Tenckhoff, porque la idea era sacar a los pacientes como una consulta externa, como se hacía en México. Esto para disminuir los costos hospitalarios. Sin embargo tuvimos el problema de que cuando se empezaron a dar los litros de soluciones para que el paciente se los llevara a la casa, nos hicieron un reparo. Dijeron las autoridades que nosotros estábamos sacando los sueros y tuvimos que suspender el programa. No existía la idea de que afuera había menos riesgo de infecciones y de que era beneficioso para el paciente estar en su ambiente, aunque tuviéramos que capacitar a los familiares. No se había hecho ningún trasplante, intentamos hacer uno en una niña pequeña pero hubo que suspenderlo por problemas no médicos. Posteriormente el primer trasplante lo hizo, creo pero no estoy seguro, el Dr. Manuel Toledo en el Hospital General.

RMLM: En cuanto a hemodiálisis en ese momento ¿había hemodiálisis?

JMIE: En ese momento no había. Creo que fue también el Dr. Toledo el que inició las hemodiálisis y únicamente aguda, para pacientes que estaban en intensivo. Ya que costaba conseguir los filtros y soluciones. Por lo general los familiares del paciente ponían los insumos para que uno lo pudiera hemodializar.

RMLM: Doctor Izaguirre, uno siempre tiene una persona que lo ha influido o lo ha marcado desde el punto de vista profesional, en su caso ¿quién cree usted que ha sido esta persona que ha marcado su caminar, que ha sido su maestro?

JMIE: Bueno hay dos aspectos, el pediátrico y el nefrológico. En cuanto el área de la pediatría, fue mi suegro, el Dr. Rafael Montiel, quien fue pediatra eminente de mucho éxito. Porque incluso tuve un jefe de residentes que me hacía un llamado a que fuera cirujano. Me decía "terminá lo que estamos haciendo" y me dejaba solo en sala. Pero creo que mi llamado ya estaba para el área pediátrica. Ya que un niño no se queja tanto como el adulto, yo sentía que cuando el niño tenía algo, necesitaba alguien de mayor conocimiento y mayor sabiduría para lograr entender. El adulto llevaba sus problemas mentales y emocionales. Bueno esto me desvió al área de la pediatría. En cuanto al área de la Nefrología, considero que el Dr. Óscar Cordón hizo la diferencia. Como el Dr. Cordón conocía al Dr. Gustavo Gordillo, por este vínculo me fue más fácil el ingreso al Infantil de México.

RMLM: De los nefrólogos guatemaltecos, usted es uno de los que ha ocupado un cargo muy alto en la administración de la salud en Guatemala. Usted fue Vice Ministro de Salud, entiendo...

JMIE: Sí. Cuando estuve de estudiante, por los azares del destino uno va conociendo gente. En ese entonces el hijo del Dr. Carlos Armando Soto tenía problemas en cuanto sacar las clases. Se nos integró al grupo de estudio, en donde estábamos el Dr. Alejandro Menegazo actualmente ginecobstetra; Dr. Álvaro Fernández, cirujano; el Dr. Asensio, dermatólogo (QEPD) y yo. Nos reuníamos a estudiar de forma continua. Cuando Carlos Enrique vio que no le estaba yendo bien, se integró a nosotros. Así fue como tuve la oportunidad de conocer al Dr. Carlos Armando Soto, quien era el papá de Carlos Enrique. Yo siempre había sido muy aguerrido en cualquier situación a la que le entraba y le pedimos que nos enseñará cardiología y a interpretar electrocardiogramas. Nos tomó de la mano y todas las noches a las 7 estudiábamos y nos ponía EKGs. Esto hizo que naciera una amistad muy intensa con él. Él siempre había tenido una visión política y posteriormente fue decano de la Facultad de Medicina y yo estuve como elector de él. También estuve como elector del máximo rector de la casa de estudios, el Dr. Valdeavellano. Allí tuve la oportunidad de gestionar una beca, que fue la que me sostuvo en México, porque acá en Guatemala no había becas. En México gané una beca Lincoln-Juárez, que fue la que completó el sostenimiento de mis estudios. Posterior a ello cuando regresé, el Dr. Carlos Armando Soto había continuado en el área política y estaba trabajando con la Democracia Cristiana. Cuando él estaba ya en las alturas me preguntó si quería trabajar con él. Yo le debía la enseñanza que me había dado, así que empecé a trabajar con él. Una noche dijo delante de la audiencia *“ya tengo listos a mis vice ministros”*. Dentro de los que había escogido estaba yo, pero nunca me había él mencionado que me iba a dejar de vice ministro. Yo todavía al principio me negué porque yo acababa de entrar al Centro Médico como socio. En el Centro Médico los obstetras me dijeron *“si no te salís de lo público, te salís de acá”*, no hice ni lo uno ni lo otro: seguí en la mañana hasta las dos-tres de la tarde en el Ministerio y posteriormente atendía la clínica. Fui primero Director General del Servicios de Salud y posteriormente ya había un programa para hacer dos vice ministerios. Habiendo yo conocido la Dirección General de Servicios de Salud, ascendí a lo que era el vice ministerio de Asuntos Técnicos. Estuve aproximadamente un año y renuncié porque yo había hecho una ley sobre la fortificación del azúcar con vitamina A y la ionización de la sal. Por asuntos políticos, trataron de meter un cargamento que contravenía esta ley. Presenté mi renuncia ya que yo sabía las implicaciones. Estuve como asesor unos seis meses y tuve la oportunidad de manejar todo lo que era el programa de medicamentos. Se pueden manejar los medicamentos, pero tiene que haber un ciclo revolvente para que haya suficiente flujo. El problema es que Finanzas recibe el dinero, lo utiliza en otras áreas y ya no hay suficientes fondos. Fue una experiencia muy interesante conocer la salud de nuestro país, aún en lo más recóndito: porque se viajó bastante. También por poco nos matan en Quetzaltenango en una huelga que hicieron. No sé todavía cómo salimos con vida de allí. Son situaciones que la vida te va poniendo. Creo que cada uno tiene ya trazado cuál es su línea y hacia esa vamos, ¿verdad? Me salí prácticamente para regresar al hospital Roosevelt.

RMLM: Doctor ¿cómo fue que usted se hizo cargo del programa del Niño Sano? ¿Cómo fue esa transición de Nefrología Pediátrica a Niño Sano?

JMIE: Bueno mirá, eso también es una situación interesante. Estaba la Clínica del Niño Prematuro que había formado el Dr. Montiel desde los años tal vez 70's. Él había ido a Chile y había visto el entrenamiento que se hacía con los niños prematuros, de cangurizar a los prematuros. Era una clínica pequeña de 2 x 2 si mucho. Tenía balanza, tallímetro y una asistente. La clínica fue creciendo hasta tener tres especialidades: psicología, alto riesgo y, creo que, endocrinología. Sin embargo hubo varias personas de Fundación Pantaleón que se dieron cuenta de este programa y ofrecieron construir una clínica. Esta clínica se construyó prácticamente en un terreno que todos creían que era de del Hospital Roosevelt, pero resultó que era de bienes del Estado. Se hizo la clínica y había otro médico encargado pero no levantaba la clínica y entonces me llamaron cuando estaba yo por retirarme de Salud Pública. Como a los dos o tres meses renunció la otra persona y me volvieron a llamar, entonces quedé yo como coordinador de las Clínicas de Crecimiento y Desarrollo. Se miraban en ese entonces unos 300 pacientes al mes y sólo en especialidad de trabajo social, psicología, endocrinología y niño sano. Sin embargo cuando vimos que las necesidades de nuestro país eran mayores, empezamos a abrir clínicas de sub especialidades y fue así como nació la clínica de neurología, neumología, estimulación temprana para niños prematuros y guardería. Se hizo contacto con odontología pediátrica porque no se podían atender en el Hospital Roosevelt. Entonces se consiguieron sillas viejas y con eso se inició el programa. Empezamos a hacer electroencefalogramas recuperando una máquina vieja, se compró la pieza que era el cerebro electrónico, se mandó a reformar prácticamente la máquina y empezamos. Posteriormente se fueron agregando otras unidades como nutrición, psicología de la San Carlos, ahora Nefrología de parte de FUNDANIER y tenemos el área de oftalmología y se estuvo haciendo también emisiones otoacústicas y detección temprana de sordera en niños recién nacidos desde las 48 horas de vida. Logramos solicitar a bienes del Estado el terreno y se nos concedió. Iban a darnos un presupuesto para el mantenimiento pero nunca se recibió, así que se utilizan los fondos de Pantaleón para mantenerla. Tuve la idea de extender y ampliar al área que estaba baldía. Se compuso eso y se hizo parqueo. Parte de esos recursos son utilizados para el mantenimiento del personal, pues llegamos a ser aproximadamente 37 personas pagadas todas directamente de la clínica. Ha habido colaboración del Patronato y Pantaleón, que nunca ha dejado de colaborar con nosotros.

RMLM: Qué bueno que lo mencionó, porque el proyecto de FUNDANIER se ha visto beneficiado con esa iniciativa suya de la ampliación del Niño Sano. En el año 2,008 vimos 1,400 consultas de niños con problemas renales. Doctor, ¿cuál diría usted que ha sido su mayor aporte a la Nefrología guatemalteca?

JMIE: Mi mayor aporte fue posiblemente la educación en Nefrología a médicos jóvenes. Esta es una historia simpática: el Dr. Herrera Llerandi, tal vez dos años después que yo regresara, nos llamó para dar clases en el Herrera Llerandi al grupo de residentes que estaba en esa agrupación. Nos avisó con el debido tiempo, un año aproximadamente. Estaba un cardiólogo pediatra como responsable del programa. Uno de los invitados fui yo y eso me dio la oportunidad de meterme al Kidney International y sacar mucha información, preparándonos para el curso que se iniciaría al siguiente año. Sin embargo por problemas internos del hospital (creo que hubo una mala comunicación entre el personal médico y el Dr. Herrera Llerandi) ya no pudo hacerse la integración; pero empezamos a dar clases en el Hospital Roosevelt,

entrenando a los médicos que estaban de residentes. Creo que una de las formas más prácticas de dar a conocer lo que uno sabe es dando clases. El que más aprende es el que estudia, el que está dando la clase, no el que la está recibiendo. Eso me dio mucha seguridad y pienso que ha sembrado la semilla para que nuestros jóvenes tengan deseos y el conocimiento para tratar las enfermedades renales.

RMLM: Para ir concluyendo Doctor, en cuanto a la Asociación Guatemalteca de Nefrología ¿cuál cree usted que debería ser su principal función? Es decir, si la AGN debiera hacer una cosa y sólo una cosa ¿cuál cree usted que debería de ser?

JMIE: Creo que debería de ser la información: difundir el conocimiento para que se eviten los problemas que conducen a las enfermedades renales. El coste de dar un tratamiento es muy alto, pero pienso que debería haber una organización no sólo estatal sino independiente que pudiera volcarse a todas las poblaciones y que pudiera tener en cada departamento un centro de tratamiento y de seguimiento. Todo está concentrado en la capital y hay pacientes del interior que no tienen la capacidad para presentarse a la ciudad y mueren. Es algo que debe estar dentro del sistema de salud pero también debe colaborar la academia y la iniciativa privada.

RMLM: ¿Cuál sería su mensaje para concluir la entrevista?

JMIE: Pues en primer lugar agradecer a Dios, que siempre me ha acompañado, por darme la oportunidad de poder colaborar con el pueblo. Sobre todo porque he podido formar nuevos jóvenes, que es la visión que uno debe tener: fundar para el futuro, establecer los pilares de aquello que debe llegar a ser más grande. Yo pienso que ese es el mayor logro que uno obtiene.

2.5 Doctor Manuel Humberto Toledo Solares

RMLM: Gracias doctor Toledo por aceptar la entrevista y concedernos su tiempo para completar este proyecto que tiene como fin sistematizar la información existente sobre el desarrollo de la Nefrología en Guatemala. Para empezar, ¿Me podría decir su nombre completo, por favor?

MHTS: Manuel Humberto Toledo Solares

RMLM: ¿Dónde realizó sus estudios de pregrado?

MHTS: La Escuela de Medicina la estudié en la Universidad de San Carlos. Mis prácticas de internado y externado las cursé en el San Juan de Dios. Luego, el primero de febrero de 1,977, ingresé al post grado de medicina interna en el San Juan de Dios. Completé mi post grado de medicina interna el 31 de diciembre 1,979.

RMLM: ¿Cómo nació su interés por la Nefrología?

MHTS: Cuando yo ingresé al programa de medicina interna en el Hospital General San de Dios, la Nefrología se manejaba por síndromes mayores: síndrome nefrótico, síndrome nefrítico, fallo renal agudo y fallo renal crónico. No existía la posibilidad de biopsias renales, no había programas de hemodiálisis. Las únicas ofertas terapéuticas disponibles era: esteroides para los pacientes de síndrome nefrótico independientemente de la patología básica y diuréticos más antihipertensivos para los síndromes nefríticos. La tasa de mortalidad para pacientes con fallo renal agudo estaba por arriba del 90% si era por condiciones quirúrgicas y probablemente del 10 al 15% si era por causas médicas. Los pacientes con insuficiencia renal crónica recibían diálisis peritoneal con catéter rígido. Se realizaban estos procedimientos y tres o cuatro semanas más tarde, fallecían los pacientes. Esa era nuestra realidad durante mi primer año de residencia del el hospital General.

RMLM: ¿Existía en el San Juan de Dios un Servicio de Nefrología como tal?

MHTS: No. Todo se manejaba dentro del departamento de medicina interna.

RMLM: Pero ¿Había nefrólogo dentro del cuerpo médico del hospital?

MHTS: No, no había nefrólogo dentro del staff. Nosotros los residentes éramos los que generábamos la consulta del nefrólogo. En el año 1,978 empezamos a ver la necesidad de dar un paso en esa línea, por interés del cuerpo de residentes. Sabíamos que la falta de nefrólogo era un problema muy grande dentro de la institución. En ese año de 1,978, yo recibí de parte del hospital de Jacaltenengo, una oferta de donación de dos máquinas de hemodiálisis. Eran máquinas Travenol RSP, aquellas lavadoras tremendas. Siendo residente de segundo año, con dos electivos, tomamos la decisión de ir a Huehuetenango a traer esas máquinas. Nos fuimos en la carrocería de un camión. Salimos a las cuatro de la mañana de Guatemala y teníamos que regresar antes de las nueve de la noche porque a esa hora cerraban el censo de los vehículos. Así que nos fuimos muy de madrugada y regresamos ya tarde en la noche, pero muy contentos porque traíamos las dos máquinas. La presencia de las máquinas de hemodiálisis

generó la necesidad de tener un nefrólogo en el hospital. De esa suerte, el cuerpo de residentes solicitó una reunión con el staff de nefrólogos del hospital del Seguro Social. En ese momento el Dr. Óscar Cordón era el jefe, y estaban con él en el servicio los doctores Galicia y Bethancourt, por la mañana y el Dr. Vargas por la tarde. En la reunión nosotros, los residentes, les planteamos el orden de necesidades que teníamos. Ellos estuvieron muy receptivos y como resultado de esa reunión, pocos meses más tarde se hizo un acuerdo de colaboración con el Seguro Social. A través de ese acuerdo el IGSS nos empezó a procesar biopsias y por otro lado, se logró la incorporación del Dr. Carlos Bethancourt al staff de medicina interna del San Juan de Dios. Así fue como se generó la llegada del Dr. Bethancourt.

RMLM: ¿De qué año estamos hablando?

MHTS: Estamos hablando de 1,978, yo era residente de segundo año de medicina interna. Con la llegada del Dr. Bethancourt y con las máquinas, logramos iniciar los programas de hemodiálisis, que eran destinadas principalmente a casos agudos. El primer procedimiento de hemodiálisis que se hizo en el San Juan de Dios fue en una muchacha que se llamaba Jeannette Vásquez, que llegó con intoxicación por barbitúricos. Fue espectacular la respuesta y este fue el estímulo para arrancar. A partir de eso se le dio entrenamiento a Roderico Leiva, que fue el primer técnico del San Juan de Dios y Luis Morales, era el otro técnico. Ya con el Dr. Bethancourt, Roderico, Luis Morales y el grupo de residentes, iniciamos la “era” de la hemodiálisis en el San Juan de Dios. Eso fue para mí el mayor estímulo para tomar la decisión, muy temprana, de hacer Nefrología. O sea, cuando yo estaba en segundo año de residencia y sucedieron estas cosas, yo ya había decidido qué era lo que iba a ser como especialista. Fue nada más de esperar que transcurriera el tiempo y cuando terminé mi entrenamiento a finales del año 1,979, ya fue de irme a hacer la especialidad. Así fue como me fui a México dos años y medio a hacer la formación de especialidad.

RMLM: En una de las entrevistas previas nos comentaba el Dr. Bethancourt que el Dr. Santizo Leppe había traído una máquina de hemodiálisis al San Juan de Dios ¿En qué año fue eso y cuáles fueron los detalles?

MHTS: El Dr. Santizo Leppe se formó en Francia como cirujano. Efectivamente, él había traído una máquina Drake-Willock, una de las primeras máquinas que hubo en Europa. Pero el tema era que al Dr. Santizo Leppe le llamaba la atención el área de la hemodiálisis, pero no tenía entrenamiento en eso. Entonces lo que hacía era que metía a hemodiálisis a los pacientes que él creía que calificaban para el procedimiento. Regularmente eran pacientes que estaban en fase terminal con altas probabilidades de fallecer y entonces se morían los pacientes. Por eso a esa máquina le llamaban la “máquina de la muerte”.

RMLM: ¿En qué año fue eso, doctor?

MHTS: Estamos hablando de 1,974, yo estaba haciendo mis prácticas de externado. Por eso decía que fue en 1,978 que se inició el programa de una manera sistemática con alguien que ya era formado en el área nefrológica.

RMLM: Retomando el tema, ¿En dónde realizó el postgrado en Nefrología?

MHTS: El post grado de Nefrología lo llevé a cabo en el Hospital de Especialidades Centro Médico la Raza, México Distrito Federal con la Universidad Nacional Autónoma de México.

RMLM: ¿En qué año regresó usted al país?

MHTS: en 1,982.

RMLM: ¿Qué nefrólogos estaban ya en Guatemala a su regreso?

MHTS: Los doctores César Vargas, Óscar Cordón, Carlos Bethancourt y Jorge Mario Izaguirre.

RMLM: ¿Podría describirnos cómo fue su incursión en la Nefrología guatemalteca?

MHTS: Cuando regresé en agosto de 1,982, paradójicamente regresé al Hospital Roosevelt. En el Hospital Roosevelt no había nefrólogo, no había unidad de Nefrología: era el mismo estatus que yo había visto en 1,977 en el San Juan de Dios. Empecé en el Hospital Roosevelt a laborar, inicialmente ad honorem y después empecé ya con una plaza. Fundamos la Unidad de Nefrología en noviembre de 1,982. Con mucho entusiasmo incorporamos los protocolos de biopsias, protocolos de glomerulopatías y estandarizamos que nosotros no podíamos convertirnos en una unidad de enfermos crónicos porque no existía recurso económico para poder sustentar esto. Había un par de máquinas Travenol RSP que habían sido donadas durante el terremoto y habían quedado guardadas desde el terremoto hasta 1,982 en el almacén. Fuimos a sacar esas máquinas y las echamos a andar. Así fue como se inició en 1,982 la “era” de la hemodiálisis en el Hospital Roosevelt. Entonces, la hemodiálisis era destinada únicamente para pacientes con fallo renal agudo y en algunos casos muy particulares, insuficiencia renal crónica pero que tuvieran indicaciones mayores y que no pudiera hacerse diálisis peritoneal. Los pacientes con insuficiencia renal crónica eran tratados con diálisis peritoneal con catéter rígido. Las estadísticas que hicimos en ese tiempo demostraban que los pacientes tenían una sobrevivida de cuatro semanas en esas condiciones. Era una preocupación sistemática.

En ese tiempo el Ministro de Salud, si no recuerdo mal era el Dr. Castañeda Felice. Me avoqué con él para hacerle ver de la preocupación que teníamos. Entonces me dijo: *“Mire Doctor, no sé por qué usted se preocupa por esas cosas. Eso no es problema. Estamos en un país tercermundista donde nuestro principal problema son las diarreas, los problemas pulmonares y la desnutrición. Entonces ¿por qué quiere usted venir aquí a hacer medicina de primer mundo?”* Esa fue la respuesta del Ministro de Salud Pública. Y por supuesto que no era problema, porque los pacientes se morían. Entonces no significaban problema más que para los deudos

Luego de eso empezamos a generar la idea de querer involucrarnos en lo que era el área de trasplante. En ese momento hablar de trasplante era una utopía, era algo distante. Cada vez que hablábamos del tema nos teníamos que callar porque simplemente no existían las condiciones.

Alrededor de noviembre de 1,983, se acercó un grupo familiar para hablarme de una muchachita a la que le habían diagnosticado insuficiencia renal y que iba requerir de un

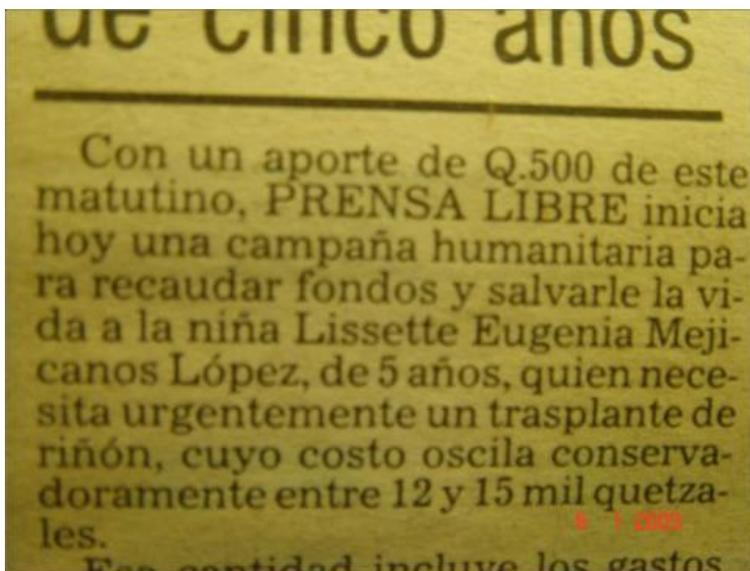
trasplante. Tenía para ese entonces una tasa de filtrado glomerular como de 30 ml por minuto. Pensábamos que en ese momento no era realmente una situación demandante y que se iba a tardar mucho. Para aquel tiempo no existían las guías DOQI. Pero en el mes de enero de 1,984 la muchachita desarrollo fallo terminal, con un edema pulmonar agudo y hubo necesidad de que la llevaran al Roosevelt. Como no había Nefrología Pediátrica, el único que veía todo lo que era Nefrología del hospital era yo. Me tocó ver a la muchachita en el intensivo de adultos y le hicimos diálisis peritoneal. Posteriormente le colocamos un catéter vascular, cuando empezaban los catéteres vasculares. Por primera vez empezábamos a hablar de un trasplante de una manera seria. El hecho es que a esta niña la estudiamos de una manera muy rápida, y en marzo de 1,984 teníamos completo el protocolo. No sabíamos que, en paralelo, Justo César Galicia también estaba trabajando en algunos protocolos de trasplantes, pero a nivel privado.

Esta familia era realmente de perfil económico bajo y se requerían Q. 16,000.00, era lo que costaba el trasplante para entonces. Obviamente no se iban a cobrar honorarios porque era en el Hospital Roosevelt. El Director del Hospital en ese tiempo, Dr. León Arango, me dijo que organizara el trasplante en la sección de semi privados que estaba en el tercer nivel del hospital Roosevelt. Me pareció buena la idea porque primero, podíamos demostrar que existían las condiciones dentro del hospital para poderlo hacer; y segundo, íbamos a crear un precedente que posteriormente nos abriría las puertas para que la institución se solidarizara y se generaran las condiciones para empezar a ser trasplante de una manera sistemática e institucional. El aspecto económico era también importante y haciendo el trasplante en el Roosevelt se iba a beneficiar a la familia. Esos Q. 16,000.00 podían usarse para comprar medicamentos, que en ese tiempo era prednisona y azatioprina.

Nosotros los médicos siempre tenemos cierta resistencia a involucrar a la prensa cuando hacemos los procedimientos. Pero la familia acudió a la prensa. El 13 de marzo de 1,984 aparece una publicación en Prensa Libre solicitando una colecta humanitaria para ayudar a Lissette Eugenia Mejicanos López, que ahí la podés ver en la foto donde está con su mamá y su tía.



Recorte de Prensa Libre. Texto: *Guatemala, martes 13 de marzo 1,984. Ayuda: La niña Lissette Eugenia Mejicanos López descansa en los brazos de su madre, Julia López y de su tía Lidia López Pineda, durante la visita que realizaron a esta redacción para solicitar ayuda a los lectores de Prensa Libre.*



Recorte de Prensa Libre. Texto:

Con un aporte de Q 500 de este matutino, Prensa Libre inicia hoy una campaña humanitaria para recaudar fondos y salvarle la vida a la niña Lissette Eugenia Mejicanos López, de 5 años, quien necesita urgentemente un trasplante de riñón, cuyo costo oscila conservadoramente entre 12 y 15 mil quetzales.

RMLM: ¿Cuántos años tenía Lissette Eugenia Mejicanos López?

MHTS: Esta niña tenía cinco, casi seis años. La tía era una de las enfermeras jefas de la unidad de cuidado crítico del Hospital Roosevelt. Esto fue una cosa interesantísima porque probablemente fue la primera campaña que desarrolló Prensa Libre de forma solidaria para un grupo familiar. La campaña creó una expectativa muy grande. Prensa Libre dio un aporte inicial de Q500.00 y a partir de eso empezaron a solicitar ayuda haciendo ver que se necesitaba urgentemente un trasplante de riñón. Realmente la niña sí estaba en condiciones difíciles. Te imaginás dializando a una niña de cinco años con una máquina Travenol RSP con filtros coil,

¡no los filtros que tenemos ahora! Cada vez que se conectaba Lissette Eugenia a la máquina, literalmente se exanguinaba. Era una cosa complicada el manejo de esta pacientita.

Los médicos que íbamos a participar en el trasplante, que se suponía tenían entrenamiento de trasplante, eran Federico Caal que había ido a hacer un entrenamiento a Palo Alto California, Francisco Escobar que había estado en Minnesota, Javier Aguja que había estado en México y tu servidor.

Prensa Libre empezó su campaña solicitando una suma de Q12 a 15,000 para hacer este trasplante. De tal manera que empezó la campaña y el 14 de marzo declaran oficialmente la apertura de la ayuda para Lissette Eugenia. En cosa de un día se habían recaudado Q 1,160.00 y aparecen los nombres de todos aquellos que participaron, fue un movimiento social impresionante. Aparece Álvaro Contreras Vélez cuando estaba firmando la ayuda humanitaria que aportaba Prensa Libre y casi todos los días aparecía ahí una llamada para que la gente ayudara. En tres días se había llegado a Q. 2,275.00. Hoy se dice fácil, pero para aquella época era casi como dos mil dólares o un poquito menos tal vez. El tipo de cambio estaba como a 1.10 quetzales por 1 dólar, y con una situación económica similar a la que estamos viviendo hoy. Llegaron bancos, representante de bancos, damas diplomáticas, escuelas... fue un evento de verdad. De tal manera que cuando iban 9 días, ya se habían alcanzado 7,882.00 quetzales. Para el 27 de marzo ya se había alcanzado la cifra esperada, inclusive se había sobrepasado. Fue un evento social impresionante.

Nosotros llevamos a cabo el trasplante antes de que se llegara al final de la campaña, porque no podíamos esperar a que se juntara la plata. Realmente teníamos un problema con esa muchacha en el manejo dialítico. Llevamos a cabo el trasplante el 20 de marzo. El papá fue el donante. Lamentablemente tuvimos un accidente vascular: en el momento de la nefrectomía, rasgaron la vena cava y casi perdemos al donante. En ese tiempo no había la pericia de hoy en día, pues hoy eso es un problema relativamente menor que se resuelve con facilidad; pero para aquel tiempo fue una cosa tremenda. Casi perdemos al donante y el resultado fue un tiempo de isquemia caliente que duró 12 minutos. Cuando implantamos el injerto, este ya no tenía prácticamente ninguna posibilidad. Lissette Eugenia, por no tener posibilidades de seguirla sosteniendo en diálisis, se deterioró y cuatro semanas más tarde, falleció.

De tal manera que eso fue un rotundo fracaso. Un fracaso sonoro, que nos dejó literalmente mudos. No quisimos en ningún momento pasar información a la prensa porque había sido tal la expectativa que se había generado en la sociedad, que no podíamos aparecer diciendo *“miren la operamos y fue un fracaso”*. Este hecho fue algo que nos caló en el alma, pero de una manera increíble.

Unos días más tarde Justo César Galicia publicaba una historia totalmente diferente de la nuestra. Lo mencionaba como el primer trasplante en Guatemala, con resultados espectaculares para la época. Los dos trasplantes realizados se habían efectuado conjuntamente con un grupo de médicos que venían de Tulane.

Los médicos de Tulane estaban aquí en Guatemala cuando nosotros hicimos el trasplante en Lissette Eugenia y probablemente un acto de humildad hubiera sido preguntarles

si podíamos tener con ellos algún tipo de ayuda. Tal vez la historia hubiera sido diferente. Lo reconozco en retrospectiva, pero muchas veces la euforia de la juventud te gana. Pensé que éramos guatemaltecos, que teníamos todos un entrenamiento sólido y que estábamos capacitados para poderlo hacer solos. El resultado de todo esto fue el que la historia nos marcó.

RMLM: Los trasplantes del Dr. Galicia, ¿fueron en el mismo mes de marzo del mismo año?

MHTS: Sí. César hizo el 16 de marzo de 1,984, nosotros trasplantamos el 20 de marzo y nuevamente él volvió a trasplantar el día 24 de marzo. O sea que se hicieron tres trasplantes en ese mismo mes. Fue una cosa interesante lo que sucedió: lo que no se había hecho en tantos años, pero en un mes se desarrollaron tres trasplantes. Dos exitosos y uno de fracaso, que fue el nuestro.

Este fracaso la verdad es que nos dejó demolidos, nos caló en el alma. Quedé sin ánimos de hacer absolutamente nada. De tal manera que enterramos las maletas.

Cuando ya logramos flotar un poquito, nos dimos cuenta que debíamos rescatar las cosas positivas de las negativas. Había dos lecciones muy claras que nos dejó este asunto: la primera, nos enseñó que no existía infraestructura en el hospital Roosevelt para generar un programa de ese tipo: si nosotros no podíamos sostener a los pacientes con fallo renal crónico, ¿cómo podíamos protocolizar trasplante? La segunda, nos enseñó que estábamos legalmente descubiertos: no existían leyes, no existía ningún documento que amparara el trasplante. Cuando yo empecé a revisar el Código de Salud, no existía el concepto de muerte cerebral. La muerte era establecida como el cese de la función cardiopulmonar y “muerte cerebral” no existía en ningún lado del Código de Salud. De tal manera que nosotros los médicos estábamos totalmente desprotegidos ante una situación como la que habíamos enfrentado. Por decir algo, este grupo familiar si no hubiéramos tenido una relación tan estrecha, muy bien pudo habernos demandado y no teníamos nada que nos amparara.

Toda esta situación nos llevó a plantearnos dos inquietudes: una era generar un proyecto nacional que amparara a los pacientes de Salud Pública, ya que en ese tiempo los únicos que tenían chance de hemodializarse eran los que estaban inscritos en el Seguro Social. Y la otra inquietud fue la de generar un instrumento jurídico que nos respaldara a los médicos y que pudiera hacer viables los proyectos en el área de trasplante.

Ese mismo año yo hice una gestión ante el Ministerio de Salud Pública para que tuviéramos una opinión de un experto de OPS. Como resultado de esto vino un doctor venezolano, Douglas Urbina Oteisa, consultor en el área de Nefrología de la OPS. Él vino a hacer un estudio en Guatemala sobre cuáles eran las condiciones que había para poder generar un programa de trasplante renal. Como resultado de esta evaluación, se conformó una comisión para ver cómo se podía generar una unidad nacional para enfermos renales crónicos. La comisión fue conformada por el Dr. Riyad Muadi del Hospital Roosevelt, el Dr. Óscar Cordón y el Dr. Carlos Bethancourt como representantes del Seguro Social, tu servidor y el Dr. Vargas, que llegaba como invitado del Ministerio de la Defensa Nacional porque él era el jefe de Nefrología del Hospital Militar.

RMLM: ¿De qué año estamos hablando?

MHTS: Estamos hablando de principios del 85. Pero realmente, generamos un documento final en mayo de 1,985. De acuerdo a la evaluación que habíamos hecho de diferentes lugares, el único lugar que realmente llenaba algunas condiciones para ser el Centro para atender pacientes renales crónicos, era lo que hoy es el Hospital de la zona seis del IGSS. Se suponía que este centro se llamaría CENEF, que significaba Centro Nacional de atención a pacientes con Enfermedades Renales. El concepto era más amplio que UNAERC. Generamos hasta un organigrama y toda la cosa, pero sucedieron cosas que hicieron que esto no progresara. Una de ellas es que en 1,985 el Seguro Social inicia su programa de trasplantes. Entonces este esfuerzo del CENEF para ellos ya no tenía ningún interés porque ellos ya habían generado su programa de trasplantes. Sin embargo esto no impidió que entregáramos el proyecto a la Dirección General del Servicios de Salud, como se nos había indicado. El proyecto se quedó engavetado, durmiendo el sueño de los justos.

En paralelo, con lo que habíamos mencionado antes, era necesario generar un instrumento que nos permitiera viabilizar las estrategias de trasplante desde el punto de vista jurídico, empezamos a trabajar en un bosquejo de lo que se constituiría posteriormente en el decreto legislativo 91-96. Pero hablando, hablando y tocando puertas durante el año 1,985, nos acercamos a la Dirección General de Servicios de Salud y empezamos a buscar los mecanismos de cómo modificar ciertos aspectos del Código de Salud. Empezamos a generar la idea de la muerte cerebral. Para entonces estaban ahí en la Oficina de Atención a las Personas el Dr. Napoleón Batres y Francisco José Arenas, personas magníficas con mucho ánimo de colaboración. Nos empezaron a ayudar en cómo generar un acuerdo gubernativo, porque generar la ley iba a ser un poquito más complicada debido a que apenas estábamos empezando la etapa democrática y había otras cosas que realmente eran más importantes. A ellos se les ocurrió que podíamos generar desde la Dirección General de Servicios de Salud un acuerdo gubernativo, que podía ser fácilmente promovido y empujado desde Ministerio. Realmente dio frutos, estaba de ministro el Dr. Carlos Gehlert Matta y él lo avaló. De tal manera que en septiembre de 1,986 el Presidente de la República firma el acuerdo 740-86 denominado Acuerdo para la Disposición de Órganos y Tejidos Humanos y el 741-86 que se refería a la Ley de Bancos de Órganos. Así fue como empezamos a tener una sombrilla legal y empezamos a trabajar en el tema de trasplante ya con “todas las de ley” para poder generar los lineamientos base.

Por otro lado, en el Hospital Roosevelt nunca logramos levantar la maleta. Allí había calado mucho el fracaso aquel que habíamos tenido. Dejó mucha desconfianza, no miraba yo que la cosa caminara. En paralelo, el Hospital General San Juan de Dios no había evolucionado: se seguían haciendo biopsias, hemodializando a pacientes con fallo renal agudo, no existía un programa de hemodiálisis crónica, de tal manera que los pacientes con insuficiencia renal crónica se seguían dializando con catéteres rígidos ya en el hospital nuevo de la zona 3. Sin embargo en pediatría, Roberto Ponsa había empezado a trasplantar niños en 1,989. Había gestado ese proyecto el Dr. Ponsa con el Dr. Gordillo Paniagua de México y habían trabajado conjuntamente. Se habían hecho cuatro o cinco trasplantes en niños.

En enero de 1,990 yo renuncié del Hospital Roosevelt y prácticamente me quedé desempleado. El Dr. Israel Lemus estaba de director del Hospital San Juan de Dios y me mandó a llamar. Me dijo *“Mirá yo entiendo que vos tenés interés en trabajar en el área de trasplante. ¿Por qué no te venís y miramos qué podemos hacer?”* Entonces yo tenía dos horas, en ese tiempo las plazas eran de dos horas. Me dieron cuatro horas y empecé a trabajar los protocolos de trasplante y en 1,992, el 12 de octubre de 1,992 empezamos a trasplantar en el área de adultos en el Hospital San Juan de Dios. El primer paciente que trasplantamos se llamaba Ismael Ortiz. Un buen trasplante, muy exitoso. Allí empezó la etapa de trasplantes en el Hospital General San Juan de Dios.

RMLM: ¿Por quiénes estaba constituido su grupo de trabajo?

MHTS: Esa es una cosa importante. Yo no quise volver a generar un proyecto hasta que no tuviera la certeza de que verdaderamente estaba formada el área de cirugía de trasplante. El equipo estaba compuesto por los doctores Rudolf García-Gallont, Mario Roberto Morales Ruiz, Carlos Benhardt Palomo y Maco Barrios.

RMLM: ¿Rudolf había participado en los trasplantes pediátricos?

MHTS: Yo diría que en el área quirúrgica, Rudolf fue el que estableció la diferencia. Venía muy bien formado en el área quirúrgica de trasplante y con mucho entusiasmo. Entonces él realmente fue el punto de partida para poder generar los proyectos en el San Juan de Dios. El programa arrancó de una manera buena, en el primer año hicimos tres trasplantes, en el segundo año hicimos nueve, en el tercer año hicimos veintisiete trasplantes. Esto trajo consigo una necesidad. Se creó una necesidad dentro del Hospital General y dentro del sistema de Salud Pública porque prácticamente nosotros estábamos montando un programa para el grupo de sociedad que no tenía derecho al Seguro Social.

Estamos hablando del año 1,996, más o menos. El año 1,997 es un punto de inflexión muy interesante. Entró en PAN al poder y entonces tuvimos alguna apertura para poder retomar el proyecto de CENEF, la unidad nacional. A los gobernantes les interesó el proyecto porque ya se estaba convirtiendo la enfermedad renal en una situación difícil para manejar en las instituciones. De manera que el proyecto renació, aquel proyecto que se había quedado engavetado durante casi once o doce años lo desempolvamos, lo presentamos, les interesó y en noviembre de 1,997 se crea la UNAERC. La Primera Junta Directiva de UNAERC estuvo conformada por Rudolf García-Gallot, Alejandra Arredondo, Alfredo Monzón y yo. Teníamos la idea de dar respuesta a las necesidades que tenían los pacientes en ese momento, y UNAERC parecía ser la única manera de poder vivir. Al IGSS le interesó el proyecto, porque era el paciente de Salud Pública el que se afiliaban de una manera subrepticia al Seguro Social, y el IGSS ya tenía una cuenta de ocho o diez millones de quetzales que le debía el Ministerio de Salud Pública. Cuando generamos el proyecto de UNAERC se terminó eso, el paciente de Salud Pública ya no tendría necesidad de inscribirse de una manera ilegal en el IGSS para tener derecho a un servicio que le debía ofrecer el Estado. Allí empezó el tiempo de UNAERC. Nuestra cosecha de trasplantes se disparó de una manera impresionante. Estábamos produciendo entonces de 40 a 50 trasplantes anuales, durante el tiempo en que UNAERC

estuvo funcionando como tal. En el año 2,000 hubo nuevamente cambio de régimen y cambiaron un poco las reglas del juego.

Pero igual seguimos con un proceso de crecimiento en el San Juan de Dios. Vinieron otras inquietudes, ya teníamos una unidad que daba soporte a los pacientes con fallo renal, ya teníamos una infraestructura suficiente para el tema de trasplante, ya teníamos prácticamente abarcada el área de interpretación histológica y entonces pensamos en grande. Dijimos si ya tenemos esto, ¿por qué no pensamos en la posibilidad de que la gente se empiece a formar en Guatemala? Entonces empezamos a pensar que era necesario formar ya generaciones a nivel local e iniciamos las pláticas con la Universidad de San Carlos de Guatemala para el proyecto de post grado en Nefrología. Hubo interés y hubo apertura por parte de la Universidad. Trabajamos prácticamente tres años consecutivos conjuntamente con la Universidad de San Carlos hasta que pulimos un proyecto de post grado. Empezamos a recibir la primera generación en el año 2,003. Al momento vamos prácticamente por la séptima promoción de residentes y hemos dado once nefrólogos al país. Estos nefrólogos ya se han incorporado y están sirviendo a la sociedad. Ya hay nefrólogos en Quetzaltenango, en Retalhuleu, en Escuintla, en Cobán y en Puerto Barrios, Izabal. La idea es acercar al especialista a la gente que lo necesita, no que la gente venga necesariamente con nosotros aquí a la capital. Esto se ha convertido prácticamente en un semillero de formación de nuevos profesionales, lo cual hasta el momento nos tiene verdaderamente muy contentos.

Tal vez un elemento que vale la pena mencionar y que se había quedado en el tintero, es que aquellos dos acuerdos gubernativos 740-86 y 741-86, nos dieron un paraguas legal para poder trabajar durante diez años el área de trasplantes. Y en el año 1,996 yo tomé posesión de la presidencia del Colegio de Médicos y Cirujanos y curiosamente el proyecto que estaba sobre mi escritorio el día que yo tomé posesión era la ley de órganos y tejidos humanos. Cuando la secretaria me dijo que este era un proyecto que no había querido trabajar la Junta Directiva anterior, me sonreí y le dije *“este proyecto lo conozco muy bien, porque tenemos diez años de estar empujándolo”*. Entonces ese proyecto, más la ley de VIH y la ley de bancos de sangre, fueron los proyectos que nosotros impulsamos durante mi gestión como presidente del Colegio de Médicos del año 96 al 98.

En noviembre de 1,996 se promulgó el decreto 91-96. Tengo todavía algunos documentos de las exposiciones de motivos y algunos originales del Congreso de la República, en donde se ve cómo los diputados ponentes le dieron seguimiento. Teníamos en su momento una vía abierta con la gente del Congreso. Es una cosa interesante ver cómo sirvieron de paraguas legales los acuerdos gubernativos 740-86 y 741-86, porque a pesar de que no estaba la ley todavía autorizada, nosotros hicimos el primer trasplante cadavérico exitoso en Guatemala el 1 de febrero de 1996. Este trasplante lo realizamos en una muchacha que se llama Floridalma Reyes, que todavía trabaja de jefa de lavandería en el Hospital de las Américas.

De tal manera que estos proyectos importantes fueron inquietudes que nacieron de un fracaso. Fueron proyectos que, orientados en su momento y con las ayudas correspondientes de las instancias pertinentes, han dado frutos. Y siguen siendo bases fundamentales para el

desarrollo de muchas cosas que logramos diez o quince años más tarde del suceso trágico que nos inspiró.

RMLM: El ser humano es el único ser de la Creación que puede sacar cosas buenas, de las cosas malas. Lo que usted nos comenta es un buen ejemplo de esto...

MHTS: Sí, es cierto. Me hace reflexionar sobre algo muy interesante y es que, como te consta, el sistema de Salud Pública es un sistema pobre. Tenemos un presupuesto que difícilmente alcanza el cero punto ocho por ciento de producto interno bruto. Y he de decir que ahora es mejor, ya que antes era sólo del cero punto cuatro por ciento. Lo interesante es que teniendo tan pocas cosas con qué trabajar en un sistema débil económicamente, hay una fortaleza impresionante. No tenemos dinero ciertamente, pero la gente que pertenecemos a Salud Pública, tenemos una mística grande. Esta mística de trabajo ha hecho que, aún sin tener los recursos de otras instituciones, hayamos sido capaces de traspasar fronteras inimaginables y demostrar que los logros no necesariamente están relacionados con el aspecto económico. Esta mística con que trabaja la gente que está involucrada en estos proyectos hace la diferencia, porque la gente a la que servimos es la gente que no tiene Seguro Social, que no tiene dinero para poder ir a una clínica privada y que su única alternativa y refugio son las instituciones del Estado. Instituciones pobres, pero en esas instituciones pobres estamos los que queremos servirle a esa gente.

RMLM: Doctor, volviendo a su formación profesional ¿quién considera que ha sido su mentor, su maestro?

MHTS: A nivel internacional, las doctoras María Antonieta Schetinno y María Luisa Erbesd. Ambas fueron personas que me tocaron y que me permitieron entender que la Nefrología no es un instrumento de desarrollo individual, sino que la Nefrología es una rama que se le debe entregar a las personas y que se les debe llevar a la puerta de la casa si es posible.

RMLM: Viendo su carrera en perspectiva, su cosecha ha sido grande, ¿Cuál considera usted que ha sido su principal aporte a la Nefrología guatemalteca?

MHTS: Yo diría que dos cosas, tal vez. Uno, el desarrollo de los programas de trasplante dentro del sistema de Salud Pública. Dos, la iniciación del post grado en Nefrología.

RMLM: En cuanto al futuro de la Nefrología guatemalteca ¿Cuál cree usted que sean los retos más importantes que tenemos que enfrentar?

MHTS: Yo creo que nuestro reto inmediato es descentralizar y desconcentrar la Nefrología. Todavía seguimos teniendo una Nefrología hidrocefálica, en donde el guatemalteco lamentablemente todavía tiene que venir a la capital a recibir servicios. Creo que es tiempo de llevar la Nefrología, de acercarla al guatemalteco para poder servirle mejor. Con la generación local de recurso humano podemos hacerlo. Este es un reto puntual. En segundo lugar, tenemos que seguir en la línea de la excelencia. No podemos conformarnos con que ya tenemos un título y que hasta ahí llegó nuestra historia. Yo creo que nosotros tenemos la obligación, para poder servirle mejor a la sociedad, de estar constantemente en formación

RMLM: Con respecto a la Asociación Guatemalteca de Nefrología, ¿Cuál cree usted que debe ser su misión?

MHTS: Primero, tenemos que consolidarnos como Asociación. Tenemos una Asociación de Nefrología todavía muy fragmentada, fuimos desarrollados dentro de un sistema de caciquismo. Como Asociación Guatemalteca de Nefrología tenemos que proyectarnos a la sociedad. La AGN tiene que dejar de ser un club de amigos, o de no amigos, como sea. La AGN tiene que dejar de ser un club donde pertenecés por una membrecía. Esta es una actitud elitista. La AGN tiene que proyectarse a la sociedad, se debe a la sociedad, debe darse a la sociedad. Si seguimos en la línea de ser un club con membrecía anual, no vamos a trascender. Es el tiempo de que esa AGN se convierta en un brazo, en una directriz, para las necesidades de Guatemala.

RMLM: ¿Algún otro comentario que crea importante agregar en el documento?

MHTS: Creo que sí. Es importante resaltar el trabajo tuyo. Creo que el entusiasmo que estás manifestando en esto es muy importante. Es mucha la información que se había perdido en el tiempo y esto es bueno para que las nuevas generaciones vean cómo se originó todo y de dónde venimos.

RMLM: ¡Gracias Dr. Toledo!

2.6 Doctor Leonel de Gandarias Iriarte

RMLM: Gracias por aceptar la entrevista doctor de Gandarias. Para empezar, ¿podría usted decirnos su nombre completo?

LdGI: Gracias Randall por la entrevista. Mi nombre completo es Leonel de Gandarias Iriarte.

RMLM: ¿Nos puede contar un poco acerca de su formación de pre grado en la Escuela de Medicina?

LdGI: Yo fui médico residente de medicina interna en el Hospital General San Juan de Dios. Allí estuve los tres años. Al terminar el tercer año, subí de jefe de servicio de medicina de hombres y después estuve en la unidad de cuidados intensivos durante un tiempo.

RMLM: ¿Cómo nació su interés por la Nefrología?

LdGI: Es una historia muy interesante. Cuando yo era residente de medicina en el Hospital General San Juan de Dios, conocí al Dr. Carlos Bethancourt. Él me decía que si yo quería seguir Nefrología, él me podía ayudar. Fue Carlos Bethancourt quien promovió una reunión para que yo me entrevistara con el Dr. Juan Oliveros, que trabajaba en Houston, Texas. Posteriormente yo fui mucho más íntimo con el Dr. Oliveros que el mismo Dr. Bethancourt. Juan Olivero prácticamente es mi mentor y mi profesor, él fue el que me ayudó, me hizo ver y me abrió los ojos para estar en esta especialidad. Estuve aproximadamente dos meses con él en Houston como médico visitante externo, previo a trasladarme a hacer mi especialidad. .

RMLM: ¿En dónde realizó sus estudios de post grado en Nefrología?

LdGI: En México, con el programa de post grado que tiene la Universidad Nacional Autónoma en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

RMLM: ¿En qué año regresó usted al país?

LdGI: En 1,982.

RMLM: ¿Quiénes estaban ya en Guatemala cuándo usted regresó?

LdGI: A mi regreso estaba la escuela antigua de los nefrólogos. El Dr. Óscar Córdón Castañeda, el Dr. Carlos Bethancourt y el Dr. César Vargas en el IGSS. Justo César Galicia (QEPD) se encontraba en traumatología de IGSS. En el Hospital General San Juan de Dios estaba el Dr. Carlos Bethancourt.

RMLM: ¿Cómo podría describir el estado de la Nefrología guatemalteca a su regreso al país?

LdGI: Muy bajo, fijese Randall. En primer lugar era un sufrimiento encontrar una plaza, porque no había. Yo tuve la suerte de tener una plaza de médico de medicina interna en el San Juan de Dios, ya que había pedido permiso sin goce de sueldo y a esa plaza regresé. No se conseguía una plaza para hacer Nefrología. La Nefrología era una especialidad relegada a

puntos menores. No se le daba la importancia que tiene hoy. Existían dos o tres lugares donde se podía hacer Nefrología: el Roosevelt, el San Juan de Dios y el IGSS; pero ya estaban ocupadas las plazas por los médicos que habían llegado antes. Hasta el segundo año de estar aquí, obtuve una plaza para trabajar en el Seguro Social, donde hice la mayor cantidad de Nefrología y después obtuve una ampliación de horario en el Hospital General San Juan de Dios. De tal forma que trabajaba de 7 a 11 en el IGSS y de 11:30 a 3 de la tarde en el San Juan de Dios y así pasé mucho tiempo. Pero el nivel de la Nefrología era bajo. En el San Juan de Dios más que todo se atendían cuestiones de medicina interna y avances teóricos en la Nefrología clínica. Hemodiálisis se hacía una que otra, con máquinas viejas. En el único lugar donde se hacía rutinariamente hemodiálisis era en el IGSS. Ya había instalado ahí el Dr. Cordón la Unidad de Hemodiálisis en el Servicio de Nefrología. Se contaba inicialmente con cuatro máquinas, después con ocho. Allí se hacía hemodiálisis de una forma gruesa, diría yo. El fin era salvarle la vida a la gente. Era una hemodiálisis que tenía muchos riesgos de contaminación, porque se perdía mucha sangre y se transfundía a la gente constantemente. Yo recuerdo perfectamente que poníamos entre diez y quince transfusiones diarias en el Seguro Social. De tal forma que con el tiempo tuvimos una gran epidemia de hepatitis B y C. Y sólo fue hasta que se introdujo el tratamiento con eritropoyetina que terminó esa epidemia.

RMLM: ¿O sea que a su regreso, el único lugar en donde había hemodiálisis era el Seguro Social? Y en el Roosevelt y en el San Juan de Dios ¿Cómo trataban a los pacientes crónicos?

LdGI: Los trataban con medicamentos y con dietas. Era un calvario, básicamente por falta de recursos. Había una que otra máquina de hemodiálisis, que generalmente era regalada de otros países, vieja, y con deficiencias. Los pacientes se complicaban, se contaminaban o se infectaban y se morían. A tal punto que preferíamos no hacer los procedimientos.

RMLM: ¿Había iniciando ya el trasplante en Guatemala?

LdGI: Nada. El trasplante inició hasta en 1,984.

RMLM: ¿Quién considera usted que hizo la diferencia en su formación? ¿Quién o quiénes considera usted que han sido sus maestros en cuanto a la formación académica?

LdGI: En mi formación académica yo le doy mucha importancia al Dr. Juan Olivero que me enseñó los primeros pasos en la Nefrología. Después a mis maestros en México que son el Dr. Herman Villarreal y el Dr. Francis Gabbai.

RMLM: ¿En qué año llegó usted al Servicio de Nefrología del IGSS?

LdGI: En 1,983, un año después que regresé de México.

RMLM: El Servicio de Nefrología del IGSS realmente tuvo mucha influencia en el desarrollo de la Nefrología guatemalteca, fue allí en donde inició la hemodiálisis y el trasplante.

LdGI: Sí, había mucha actividad allí. Cuando yo regresé, era allí en donde más se hacía Nefrología. De hecho, ellos tenían las ideas de lo que se hacía en otros lados. Uno de los puntos que me llena, es haber ayudado a hacer la sesión de biopsias renales de toda Guatemala. A esta sesión, que se realizaba en el IGSS una vez por semana, llegaban todos los nefrólogos y los patólogos que estaban en el San Juan de Dios y Roosevelt, con el objetivo de unificar criterios y mantener viva la actualidad en Nefrología.

RMLM: Además de la implementación de tratamientos dialíticos y trasplante, el IGSS seguramente ha tenido bastante incidencia en la inclusión de nuevos medicamentos en la práctica de la Nefrología, ¿Tiene usted algún comentario al respecto?

LdGI: Sí. En el servicio era un poco difícil introducir cosas nuevas debido a lo estricto que era en jefe del servicio de Nefrología. No se podía efectuar nada si no era bajo la aprobación de él. Yo tuve la suerte de introducir varios medicamentos en el IGSS que costaron muchos sacrificios, vueltas, estudios etc. Uno es la eritropoyetina, otros fueron el hierro intravenoso y la ciclosporina. Cuando se iniciaron los trasplantes en el IGSS en 1,985, se usaba sólo prednisona y azatioprina en todos los pacientes. Para introducir la ciclosporina y cambiar la idea de que eso era mejor, fue muy difícil, no sólo con los nefrólogos sino también con el personal administrativo. Por último fue la introducción del micofenolato. Son los tres puntos más importantes: la introducción de la eritropoyetina, de la ciclosporina y del micofenolato.

RMLM: ¿A cargo de quiénes ha estado la jefatura en el Servicio de Nefrología del IGSS?

LdGI: El Dr. Cordón Castañeda fue el primer jefe del Servicio y el que más años estuvo allí. No recuerdo exactamente, pero creo que estuvo como quince años de jefe del Servicio de Nefrología. Los médicos del Servicio éramos el Dr. Cordón y yo en la mañana, y en la tarde el Dr. Bethancourt y el Dr. Vargas. Como jefe, el Dr. Cordón Castañeda era un hombre muy rígido, pero de mucha enseñanza.

Cuando se fue el Dr. Cordón, también se fue el Dr. Vargas. Después subió el Dr. Carlos Bethancourt, quien estuvo muy poco tiempo, como nueve o doce meses, porque se fue de jefe de la Unidad Nacional del Enfermo Renal Crónico, UNAERC. Luego me tocó la suerte de ser jefe del servicio. Yo estuve de jefe del servicio durante cinco años, de 1,997 al 2,001. Los médicos que me ayudaban eran los doctores Alfredo Mollinedo, Vicente Sánchez Polo, Byron Lemus y Agualuz Hernández. Hicimos un muy bonito grupo, se hizo mucho. Pienso que fue el período de apogeo del IGSS. A pesar de algunos antagonismos, teniendo gente que sabe hacer su trabajo, se puede hacer mucho.

Después de que yo salí, subió el Dr. Alfredo Mollinedo. El grupo de nefrólogos se desintegró y cada quien agarró por su lado. Se quedaron sólo dos nefrólogos. Ahora el jefe del Servicio es el Dr. Vicente Sánchez Polo.

RMLM: ¿Cuál considera usted que ha sido su principal aporte a la Nefrología guatemalteca?

LdGI: Yo lo veo en dos facetas. Una sería lo clínico. Inicialmente cuando vine, el estudio de los pacientes renales era como un estudio de medicina interna: muy amplio, no había

especificidad. Una de mis atribuciones, especialmente en el Hospital General San Juan de Dios donde había poca Nefrología, fue la de ser más específico, dándole su lugar a la especialidad para aclarar los casos a fondo desde el punto de vista clínico.

En segundo lugar, lo que ya mencionamos de los medicamentos. La introducción de nuevos medicamentos en el arsenal terapéutico del nefrólogo se ha realizado en contra de la mentalidad de personas importantes en Nefrología y en la administración de servicios. Fue el caso de la eritropoyetina, por ejemplo. En ese entonces la eritropoyetina era traída por Behringer Ingelheim, que después fue absorbida por Roche. Hicimos el primer trabajo de eritropoyetina ahí en el IGSS y nos dimos cuenta de su beneficio. El estudio fue presentado varias veces, lo fui a presentar a El Salvador y Costa Rica., Formamos una Sociedad médica, que era de los Protectores de la Anemia del Paciente Renal. La introducción de la ciclosporina y el micofenolato, es otra historia de lucha. Las autoridades administrativas creen que uno gana dinero o tiene algún interés personal al solicitar el ingreso de algún nuevo medicamento. La estrategia que usamos fue que uno se los daba a los pacientes y como veían entre ellos que los mejoraba, los mismos pacientes iban a hacer su trámite a la gerencia del Instituto y asistencia farmacéutica.

RMLM: Doctor de Gandarias, usted ha sido uno de los actores principales de la Nefrología en Guatemala. Ha participado en varios lugares: desde la jefatura del Servicio de Nefrología del IGSS, la dirección de la UNAERC, el San Juan de Dios como Hospital escuela... Desde esa perspectiva ¿Puede identificar algunos hitos históricos importantes en la Nefrología guatemalteca?

LdGI: Sí. Hay bastantes. Lo primero que se me viene a la mente es el inicio del programa de trasplante renal en el IGSS. Eso fue creo, en febrero en 1,985. Unos meses antes ya se había hecho trasplantes en hospitales privados cuando vino la universidad de Tulane. Pero los primeros trasplantes hechos por médicos guatemaltecos fueron en el Seguro Social. Posteriormente es la creación de unidades de hemodiálisis privadas para tratar a pacientes del IGSS. La creación de esas unidades hizo progresar mucho la técnica del tratamiento dialítico. Otro punto importante fue la creación del programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria. En el San Juan de Dios tuvimos la idea de crearlo, pero no había infraestructura ni tampoco quién colocara los catéteres blandos. Entonces fue en el Seguro Social donde empezó con un número considerable de pacientes y posteriormente se creó la Unidad Nacional del Enfermo Renal, UNAERC, donde creció el programa. UNAERC es otro hito histórico. Realmente UNAERC ha dado una ayuda maravillosa a la población. Tiene el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, el programa de ayuda a hemodiálisis y además la consulta externa para referir pacientes. Pero ya la cantidad de pacientes sobrepasa lo que ellos tienen para atenderlos. Finalmente el advenimiento de nuevas drogas, las nuevas drogas que han mejorado la sobrevida de los pacientes: eritropoyetina, ciclosporina, micofenolato, tacrolimus y anticuerpos monoclonales.

Yo estuve de jefe de servicio de Nefrología del IGSS cinco años; después fui a la UNAERC, donde fui Director Médico por cuatro años. Actualmente estoy en la Fundación de AMOR, FUNDAMOR, y en San Pío. Estamos tratando de ayudar a la gente.

RMLM: ¿Cuál cree usted que es el reto más grande que tiene la Nefrología guatemalteca en los años por venir?

LdGI: Mire, el problema que yo veo es que el número de pacientes renales ha crecido de forma exagerada. Se dice que en todo el mundo, pero aquí es desproporcionado. Además no hay cómo tratarlos, porque no hay recursos. La cantidad de pacientes renales para atender cada vez será mayor. Creo que una gran idea sería unificar a todos los nefrólogos y concebir el “Instituto de Nefrología”, con ayuda extranjera y por supuesto del gobierno. Un edificio, pienso yo, donde se pueda ejercer la Nefrología a plenitud: abajo oficinas administrativas y la parte clínica, arriba hemodiálisis, diálisis peritoneal y más arriba el trasplante renal. El Seguro Social ya no se da abasto y además cubre muy poco porcentaje de la población. La UNAERC no tiene presupuesto, y habría que luchar por una ley que le adjudique más presupuesto. Finalmente el programa de trasplante renal, especialmente de donador cadavérico, está muy bajo. En realidad el programa de trasplante está muy bajo a todo nivel, tanto de vivo como de cadáver.

RMLM: ¿Cuál cree usted que debe ser la misión de la Asociación Guatemalteca de Nefrología?

LdGI: Muchas cosas son importantes. Tal vez, pienso que lo de la promoción del trasplante renal sería lo más importante. Conseguir los fondos para darle a la gente tratamiento. La AGN podría ser un ente coordinador entre los benefactores que hay, el Estado y los pacientes.

RMLM: ¿Alguna otra cosa que quisiera agregar al concluir la entrevista?

LdGI: Quisiera decir que durante todo el entrenamiento y enseñanza y trabajo asistencial donde he estado, he conocido polos opuestos entre los mismos médicos, incluso entre los nefrólogos. Eso creo que se debería olvidar. Sería un buen punto para la Asociación Guatemalteca de Nefrología buscar la unión del gremio de nefrólogos y generar un solo trabajo y el progreso conjunto.

2.7 Doctor José Alfredo Emilio Mollinedo Paniagua

RMLM: Gracias Dr. Mollinedo por aceptar la entrevista. Para empezar, ¿Me puede dar su nombre completo?

JAMP: José Alfredo Emilio Mollinedo Paniagua.

RMLM: ¿En dónde realizó sus estudios de pre grado?

JAMP: Mi Pre grado lo realicé en la Universidad de San Carlos, en donde me gradué de médico y cirujano. Luego realicé el post grado de medicina interna en el IGSS.

RMLM: ¿y en cuanto a su post grado en Nefrología?

JAMP: Nefrología lo realicé en el IMSS, Instituto Mexicano de Seguridad Social. Posteriormente realicé rotaciones en Tulane y en el Hospital Metodista de Houston.

RMLM: ¿En qué año regresó al país?

JAMP: En 1,982.

RMLM: ¿Quiénes eran los nefrólogos que estaban en el país cuando usted regresó?

JAMP: Estaba el Dr. Cordon, pero parece que era nefrólogo pediatra. Sin embargo era el jefe de Nefrología del IGSS. También estaba el Dr. Bethancourt, que también era nefrólogo pediatra. De nefrólogos de adultos estaban el Dr. Galicia, que ya tenía más tiempo que nosotros; Leonel de Gandarias y Manuel Toledo. Manuel Toledo vino al mismo tiempo que yo, sólo que él estuvo en otro hospital en México. Él estuvo en la Raza y yo estuve en el Centro Médico. Esos éramos los nefrólogos.

RMLM: ¿También estaba el Dr. Cesar Vargas?

JAMP: ¿César? Sí. Pero me parece que tanto el Dr. Vargas como el Dr. Arias Tejada hicieron un post grado más que todo en fisiología renal, o algo así. Antes no existía la especialidad de Nefrología. La Nefrología es una especialidad joven que empezó por los años sesenta. Ellos fueron reconocidos como nefrólogos porque tenían ese post grado y por ende hacían de nefrólogos.

RMLM: A su llegada al país, ¿usted se incorporó al programa del Seguro Social directamente?

JAMP: No, a mi llegada al país yo empecé en lo privado. Yo entré al IGSS como médico general, médico de consultorio en la periférica de la zona 6. Estuve allí seis años desde que vine, luego logré pasar en 1,988 a una plaza de nefrólogo en el Hospital del Seguro Social en la zona 9.

RMLM: ¿Cómo puede describir usted el estado de la Nefrología a su llegada a Guatemala? en cuanto a diálisis, trasplante, hemodiálisis, prevención...

JAMP: Pues en el 82 no estábamos muy bien. Yo me gradué de médico en el 77. Recuerdo que en el 78, acabándome de graduar, presenté un trabajo en el Congreso de Medicina Interna sobre la primera vez que se utilizó DPCA en Guatemala. Era un trabajo del Dr. Justo César Galicia. Nosotros éramos conuños, ¿sabe? y él me dijo *“haceme el favor, yo voy a salir de viaje y tengo programada esta presentación”*. Era el primer paciente que hubo con DPCA, fue en 1,978. Luego la unidad de hemodiálisis del IGSS era la única que más o menos estaba en el 82, cuando yo vine. Y en 1,982 hicimos con el Dr. Justo César Galicia, el primer trasplante de donador vivo. Este trasplante lo realizamos en el Hospital Nuestra Señora del Pilar.

RMLM: ¿Este primer trasplante fue el que se realizó con grupo de Tulane?

JAMP: Sí, con el grupo de Tulane. Hace menos de un mes vi al paciente, Grisolia es el apellido, está muy bien, trasplantado en el 82. El Dr. John Hussey era el director de trasplante de Tulane, después pasó a la Ochsner, ahora ya se jubiló. Este trasplante fue patrocinado por cardamomeros, que eran los jefes del papá del paciente. Tenían muchos recursos económicos y trajeron al grupo de Tulane en dos ocasiones. Repetimos la experiencia en 1,984, nuevamente con el grupo de Tulane. Fueron los primeros trasplantes renales que se hicieron en Guatemala.

RMLM: ¿Mil novecientos ochenta y dos y mil novecientos ochenta y cuatro?

JAMP: Sí. El primer y segundo trasplante de donador vivo. Ahora, el primer intento de trasplante cadavérico lo hicimos en el IGSS, ¿ya lo sabía?

RMLM: ¡No!

JAMP: Los primeros dos intentos, infructuosos por cierto, de trasplante cadavérico los realizamos el 6 de octubre de 1,992 en el Hospital Nacional de Enfermedades del IGSS zona 9. El cirujano fue el Dr. Campollo y el otro nefrólogo que me ayudó fue Byron Lemus, quien estaba como residente en esa época. Recuerdo que identificamos un donador en el intensivo de la zona 9 y se hizo el trasplante, pero no funcionaron los órganos. Pero este fue el primer intento. Pasados los años, y siguiendo con lo de donación cadavérica, fui el creador del Programa de Donador Cadavérico del IGSS. Lo hicimos en el Hospital General de Enfermedades en noviembre del 2,006. A raíz de este logro, me dieron el honor de colocar la Rosa de la Paz en el Palacio Nacional.

RMLM: Con respecto a lo que mencionó de Diálisis Peritoneal Ambulatoria, dijo que en 1,978 se reportó el primer paciente en DPCA, ¿no había un programa como tal?

JAMP: Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria, como programa establecido, lo iniciamos también en 1,992 en el Hospital General de Enfermedades del IGSS. En esa época todavía estaba el Dr. Cordón como jefe del Servicio. En el equipo del hospital trabajábamos Leonel de Gandarias, Carlos Bethancourt, el Dr. Cordón como jefe y yo. Tengo que mencionar que ya se habían hecho intentos para iniciar el programa de diálisis peritoneal continua ambulatoria, pero

estos intentos habían fracasado. Yo tuve la suerte de que cuando hice mi postgrado en el IMSS, yo era el residente responsable de DPCA. Yo había recibido en esa época el entrenamiento en DPCA que daba Baxter, que era la única empresa. En esos días no se usaba la “twin bag”, sino que era bolsa única con espiga. Entonces ayudados por Baxter, creamos la unidad de DPCA en la zona 9. La unidad empezó en un cuarto que nos dieron en donde está ahora la medicina de hombres, en el segundo piso.

RMLM: Entiendo que esto ocurrió en 1,992 ¿Previo a esto no existía un programa de DPCA en Guatemala?

JAMP: No, no existía.

RMLM: ¿Cómo se trataba a los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en ese entonces?

JAMP: Con hemodiálisis. Pero también se hacía diálisis peritoneal intermitente con catéter rígido, lo cual era un tormento. Posteriormente, en 1,994 aproximadamente, yo inicié fuera del IGSS un programa de DPCA con la Orden de Malta. Ellos recibían donaciones norteamericanas de bolsas de diferentes marcas y no sabían qué hacer con ellas. Coincidió que dos pacientes conocidísimos, Melvi de León y el fallecido Feliciano Toscano, vinieron a hablarme a la clínica solicitando ayuda para que atendiéramos a pacientes que no tenían derecho a IGSS. Creamos un programa de DPCA y utilizábamos esas bolsas que eran marca Abbot con líneas del equipo Baxter. En 1,996 llegamos a tener dentro del programa a más de cien pacientes. Yo participaba sin salario alguno, los pacientes llegaban a mi clínica, yo les hacía una receta e iban a la Orden de Malta en donde les daban sus bolsas. Un cirujano o yo colocábamos los catéteres en el Hospital Esperanza.

RMLM: ¿Cómo entrenaban a las personas para hacer DPCA?

JAMP: Tenía mi personal de entrenamiento. Las bolsas eran gratis, eran regaladas. Fue tan exitoso el programa que vino gente de Orden de Malta de Estados Unidos para conocer el programa. De ahí nació UNAERC: ante el éxito de ese programa las autoridades del IGSS se interesaron porque la Orden de Malta les manejara sus pacientes en diálisis. En esa época estaba Roberto Alejos Arzú, que también fue mi paciente en diálisis, y me dijo “¿qué hacemos doctor?”, yo le respondí “Mire la Cruz Roja tiene un lugar que no usan y además tiene problemas económicos. Quizás podamos ayudar”. Fuimos a la Cruz Roja y alquilamos el área que actualmente utiliza UNAERC. En el acta de fundación de UNAERC y en este contrato de alquiler, está mi firma estampada, porque yo fui de los que participo en eso. De ahí en adelante se fue todo el programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis. Yo ya no seguí en eso, sino que continúe en el IGSS como nefrólogo. Trabajé en el IGSS como nefrólogo de 1,988 hasta el 2,001, cuando gané por oposición la plaza de Jefe del Servicio de Nefrología. En el año 2,006 renuncié del IGSS.

RMLM: ¿Trabajó en alguna otra institución además del Seguro Social?

JAMP: Sí, desde que vine en el 84 empecé a ser nefrólogo del Herrera Llerandi. Soy además, médico titular del Pilar, catedrático de la Facultad de Medicina de la Universidad Francisco

Marroquín, jefe de la biblioteca de la Marroquín, y todavía soy asesor de tesis de la Marroquín en todo lo que es Nefrología. Sigo siendo médico del Hospital Esperanza y catedrático invitado en la Marroquín para el postgrado de Nefrología. Aquí en el Herrera Llerandi, donde soy jefe del departamento de Nefrología, hemos realizado, gracias a Dios, 12 trasplantes exitosos de donador vivo. Tengo mi unidad de hemodiálisis aquí, con una máquina.

RMLM: ¿Ha participado en alguno de los hospitales nacionales del Ministerio de Salud?

JAMP: No. No he pertenecido a la red de hospitales del Ministerio.

RMLM: ¿Quién considera usted que han sido personas influyentes en su formación profesional?

JAMP: Bueno, el que me ayudó a hacer el postgrado fue el Dr. Justo César Galicia Celada. Él me ayudó a irme a México y fue muy influyente en mi desarrollo. También el Dr. Manuel Arias Tejada, en el Herrera Llerandi, porque él me apoyó aquí en el Herrera. El Dr. Óscar Cordón Castañeda, quien luego que me aprendió a conocer, trabajamos muy bien en el IGSS. Con el Dr. Leonel de Gandarias, quien fue jefe de Nefrología del IGSS antes de que yo fuera, nos seguimos llevando muy bien y es el único nefrólogo con el que me relaciono un poco todavía. Además quisiera mencionar al Dr. Rodolfo Herrera Llerandi, quien me ayudó mucho en el Herrera Llerandi.

RMLM: Durante una de las entrevistas el doctor Luis Arroyo nos comentaba la participación que usted había tenido en el inicio de la DPCA en Guatemala. Aparte de esto, ¿Cuáles cree usted que han sido sus mayores aportes a la Nefrología guatemalteca?

JAMP: Bueno, mi mayor aporte ha sido el Programa de Trasplante de Donador Cadavérico del IGSS. Durante cuatro años estuve luchando con las autoridades del IGSS para que me autorizaran el programa. Se tenían contrataciones de médicos internistas que se quedaron en el IGSS como coordinadores de trasplante. Ellos debían ir todos los días al Hospital de Accidentes en zona 7 a captar pacientes con muerte cerebral. Contraté tres cirujanos para completar el equipo de cirugía de trasplante. Hubo una presentación pública de este programa en el 2,006, cuando empezamos con muy buen pie. Hicimos un reglamento interno que incluye todo un mecanismo para poder obtener órganos. Los órganos se obtienen en el Hospital de Accidentes en la zona 7, se transportan en frío a la zona 9 para su implante y la asignación se realiza a través de un programa en computadora en donde escogemos receptores dependiendo del HLA. También fui parte del inicio de UNAERC, porque empezamos con la Orden de Malta. En resumen puedo mencionar tres programas: CAPD del IGSS, UNAERC en su inicio y el programa de Trasplante de Donador Cadavérico del IGSS.

RMLM: Desde su perspectiva ¿Cuál cree usted que es el principal reto que le espera a la Nefrología guatemalteca en los próximos años?

JAMP: Bueno, el mayor reto creo que es aumentar el número de trasplantes, porque ya tenemos demasiados pacientes con insuficiencia renal y el número de trasplantes no mejora. El reto debería de ser siquiera llegar a trasplantar el 50% de lo que hacen los países

desarrollados, es decir, que trasplantáramos unos 20 pacientes por millón de habitantes por año. Actualmente estamos trasplantando cuatro pacientes por millón de habitantes por año. Esta realidad no ayuda en nada a la casuística nacional y la mayoría se muere en diálisis. Yo creo que el reto es crear una unidad tipo UNICAR en donde todos trabajáramos en trasplante. UNAERC no cumplió sus funciones, pues se dedicó a hacer diálisis pero muy poco trasplante. Creo también, que como nefrólogos, tenemos que ayudar a impulsar el trasplante de otros órganos. Debido a nuestro contexto, en donde nosotros los nefrólogos somos los que más experiencia tenemos en manejo de la inmunosupresión, estamos llamados a tomar el liderazgo y convertirnos en médicos trasplantólogos chapines para poder iniciar los trasplantes de hígado y páncreas. Nadie más lo va a hacer.

RMLM: ¿Cuáles cree usted que han sido los hechos más relevantes, los hitos, en la historia de la Nefrología guatemalteca?

JAMP: El primero fue la creación del Programa de Nefrología del IGSS. Luego vino el Programa de Trasplante del San Juan de Dios, que también fue importante. UNAERC y el hecho de que Guatemala cuente con un programa gratuito de atención al paciente renal crónico es una cosa muy buena, aún con sus limitaciones. Los Programas de Donación Cadavérica del IGSS y San Juan de Dios son importantes. Luego es importante el Programa de Post grado que allí tienen para la formación de nuevos nefrólogos. La participación de fundaciones como Fundación Amor y FUNDANIER con los programas de pediatría que ustedes tienen, eso no se había visto. Nadie trataba antes a los niños. Aunque no es bueno comparar, a veces comparo. Creo que en Centroamérica somos un país que va a la vanguardia en Nefrología.

RMLM: Y con respecto a la Asociación Guatemalteca de Nefrología ¿cuál cree usted que es el reto que debe enfrentar como grupo de nefrólogos?

JAMP: Yo creo que debemos trascender el área científica y debemos también involucrarnos para desarrollar programas que el país necesite. Por ejemplo, si el trasplante es una necesidad para Guatemala, entonces como AGN desarrollemos un programa de trasplante. Un programa en donde todos participemos, en donde todos podamos llevar a nuestros pacientes y ser parte activa. Porque lo científico motiva poco. A veces las sociedades viven sólo para que ciertas personas se den a conocer, para uso más personal que del gremio. Pero si queremos ayudar al país yo creo que deberíamos involucrarnos más como asociación en la solución de problemas concretos: el Reglamento Nacional de Trasplante que aún no lo han sacado, la Coordinadora Nacional de Trasplante que no existe o si existe saber quién la maneja, la Unidad Nacional de Trasplante donde deberían aglutinarse todas las instituciones y no estar tan separados. La desunión sólo provoca problemas y limita el desarrollo. Cosas de esas debería de hacer la asociación, más que sólo actividades científicas.

RMLM: ¿Cuál cree que es el principal escollo para que no se de esa situación que usted describe?

JAMP: No se, tal vez la falta de incentivos económicos en esas áreas. Para mí esa sería una buena asociación de Nefrología, que haga algo por la sociedad de Guatemala. Algo más

además de aprender un poquito más de Nefrología, porque ahora que está el internet y todo lo que tenemos, pues es más fácil mantenemos informados.

2.8 Doctor Julio Alfredo Monzón Juárez



Doctor Julio Alfredo Monzón Juárez. Fotografía tomada por el autor en mayo del 2,009.

RMLM: Gracias por aceptar la entrevista, Doctor Monzón. ¿Me puede dar su nombre completo?

JAMJ: Julio Alfredo Monzón Juárez.

RMLM: ¿Dónde realizó sus estudios de pre grado?

JAMJ: Mis estudios de Pre grado los realicé en el Hospital General San Juan de Dios. Luego tuve la suerte se hacer mi internado rotatorio en el Hospital Militar Central.

RMLM: ¿En el Hospital Militar Central de Guatemala?

JAMJ: Sí, de Guatemala.

RMLM: ¿Usted hizo su pre grado y luego medicina interna?

JAMJ: Sí. Hice mi residencia de medicina interna en el Hospital Militar Central.

RMLM: ¿y sus estudios de postgrado en Nefrología?

JAMJ: Los estudios de postgrado en Nefrología los hice en la Universidad de Navarra, Pamplona, España.

RMLM: ¿En qué año regresó usted a Guatemala?

JAMJ: Regresé a finales de 1,984.

RMLM: ¿Quiénes eran los nefrólogos que estaban ya en Guatemala cuando usted regresó?

JAMJ: Me recuerdo del Dr. Justo César Galicia Celada (QEPD), del Dr. Manuel Arias Tejada (QEPD), del Dr. César Augusto Vargas, del Dr. Óscar Córdón, Dr. Carlos Bethancourt, Dr. Leonel de Gandarias, Alfredo Mollinedo, Dr. Manuel Toledo y la Dra. Ana María Velásquez.

RMLM: ¿Nos puede describir, por favor, cuál era el estado de la Nefrología cuando usted regresó al país?

JAMJ: Bueno, por ser Guatemala un país en vías desarrollo, y la Nefrología una rama de la medicina bastante nueva, su desarrollo en el país era escaso. Ya había unidades de hemodiálisis, pero trasplante de riñón era impensable. También eran impensables los programas de diálisis peritoneal crónica ambulatoria.

RMLM: ¿Dónde empezó a trabajar a su regreso a Guatemala?

JAMJ: Yo fui becado por el Ministerio de la Defensa para ir a hacer mi postgrado en España, por lo que tenía que regresar y trabajar nuevamente en el Hospital Militar.

RMLM: Cuándo usted regresó al Militar ¿Ya había un servicio de Nefrología?

JAMJ: Sí, ya había un servicio de Nefrología. Era dirigido por el Dr. César Augusto Vargas quien además de ser jefe del departamento de medicina, era también el nefrólogo jefe de la unidad de Nefrología.

RMLM: ¿Cuál era en ese momento el estado de la Nefrología en el Militar?

JAMJ: Llevaba el mismo ritmo que otros centros. Se hacía hemodiálisis y se comenzaba con el programa de diálisis peritoneal en pacientes adultos.

RMLM: ¿Qué otras unidades estaban funcionando en Guatemala en ese momento? ¿Qué programas estaban ya establecidos en 1,984?

JAMJ: Pues que yo recuerde únicamente el Seguro Social tenía una Unidad de Hemodiálisis para pacientes crónicos. Los hospitales de la red nacional de salud brindaban solamente diálisis para pacientes agudos. La unidad del Hospital Militar tenía uno o dos pacientes en el programa de crónicos.

RMLM: ¿Hemodiálisis o diálisis peritoneal?

JAMJ: Hemodiálisis.

RMLM: En cuanto a su desarrollo profesional, usted ha estado bastante ligado al crecimiento de la Nefrología en el Hospital Militar. ¿Cómo ha sido el desarrollo de la Nefrología en el Hospital Militar? ¿Cuáles han sido los principales escollos que usted encontró en el camino y las principales fortalezas que se fueron creando?

JAMJ: El Hospital Militar, para la época de mi regreso, todavía era un hospital que tenía bastantes recursos económicos. Por lo tanto, no eran muchos los escollos que había que salvar para realizar algún proyecto que uno tuviera en mente. Por ejemplo, en ese entonces en Guatemala casi no se conocían los catéteres de hemodiálisis temporales y sin embargo nuestra unidad requirió de los mismos y nos los dieron. Empezamos nosotros a hacer hemodiálisis con catéter temporal. Antes se usaba la fístula externa, que era un procedimiento más laborioso que dejaba inutilizada una arteria y una vena de cualquiera de los miembros que se utilizara.

RMLM: ¿Ustedes fueron los primeros que utilizaron los catéteres temporales de hemodiálisis en Guatemala? ¿Y en qué año fue?

JAMJ: Fue en el año 85, más o menos. Luego recuerdo haber platicado con el Dr. Alfredo Mollinedo al respecto. Cuando el Hospital Militar estaba en la zona 10, él era nuestro vecino en el Hospital Herrera Llerandi. Ellos también adquirieron este tipo de material y empezaron a utilizarlo.

RMLM: ¿Quiénes considera usted que han sido las personas más influyentes en su desarrollo profesional?

JAMJ: Pues sin lugar a dudas el Dr. César Augusto Vargas, un hombre muy correcto, muy ético y un docente extraordinario. Cuando yo ingresé a la Facultad de Medicina él era el decano de la Facultad y luego al hacer yo mi internado en el Hospital Militar, nuevamente lo encontré porque él era el jefe del departamento de medicina del Hospital Militar. Definitivamente su carrera creó una impresión positiva en mí, y me sentí impulsado a seguir los pasos de él.

RMLM: ¿Por qué Navarra? ¿Cómo fue el contacto con Navarra?

JAMJ: Inicialmente yo iba a ir al Hospital del Aire, en Madrid, España en el año de 1,980. Lamentablemente en esa época se dio el suceso triste de la quema de la embajada de España aquí en Guatemala. Sucedió que después de esto se rompieron las relaciones entre Guatemala y España. Yo, siendo de una institución militar, mucho menos iba tener cabida en España en ese momento político. Pero el Ministerio de la Defensa me dejó las puertas abiertas para que yo buscara otro sitio a donde ir a hacer mi entrenamiento. De esa cuenta viajé a la Ciudad de México, presentando mis solicitudes en el Instituto Mexicano de Seguridad Social y en el Instituto de Cardiología Ignacio Chávez. Coincidentemente en esa época, vino a Guatemala un médico farmacólogo de la Universidad de Navarra. Hablando con él, me dijo que él gustosamente le podía llevar mi curriculum al jefe de Nefrología de la Clínica Universitaria y que ellos iban a decidir. El 2 de agosto de 1,980 llegaron al Hospital Militar las tres notas de aceptación de los tres lugares a donde había solicitado hacer mi postgrado. No dudé en elegir a España, porque era un sueño que tenía desde la niñez. Tal vez por el influjo español en nuestra cultura, yo soñaba con conocer España. Por ese motivo fue que viajé a Navarra.

RMLM: ¿En qué año se traslado a Navarra?

JAMJ: Nos trasladamos con mi familia, mi esposa y dos hijas, en 1,981.

RMLM: ¿O sea que estuvo tres años?

JAMJ: Tres años y meses.

RMLM: ¿Qué tipo de Nefrología había en Navarra? ¿Cómo estaba el desarrollo de la Nefrología en Europa en ese entonces?

JAMJ: En Europa toda la salud está socializada. La Clínica Universitaria es una clínica privada, en ese momento era la número uno de referencia para Europa. Por mencionar un aspecto, los trasplantes de riñón se hacían a razón de uno por semana.

RMLM: ¿Había programa de diálisis peritoneal y hemodiálisis?

JAMJ: Había programas de hemodiálisis y de trasplante. No había programa de diálisis peritoneal.

RMLM: ¿Cuál cree usted que ha sido su principal aporte a la Nefrología guatemalteca?

JAMJ: En lo clínico, fue el uso de los catéteres temporales para hemodiálisis. También en el Hospital Militar, gracias al adiestramiento que yo traía, comenzamos a propugnar el uso de la diálisis en forma temprana, no esperar en el fallo renal agudo a que la creatinina llegará a valores de ocho o diez.

RMLM: En el Hospital Militar ¿Cuáles son las expectativas para el futuro? ¿Cuáles cree que son los principales retos que tiene el Servicio de Nefrología?

JAMJ: En realidad, mi paso por el Hospital Militar fue un paso completo. La Unidad de Hemodiálisis creció, así también el Programa de Diálisis Peritoneal Automatizada. Dejamos andando el Programa de Trasplante Renal de donante vivo relacionado. Se hacía un promedio de cinco trasplantes al año. Nunca intentamos hacer de paciente cadavérico, aunque era el entrenamiento que yo traía, por razones administrativas.

RMLM: ¿Cuántos nefrólogos llegaron a trabajar con usted en el Servicio de Nefrología?

JAMJ: Inicialmente éramos el Dr. César Augusto Vargas y yo. A los pocos años él se retiró y ya me quedé yo solo. Entonces pasaron temporalmente Gilberto Recinos y después Manuel Toledo pasó una época también. Luego nuevamente me quedé yo solo. Después llegó el Dr. Luis Arroyo quien estuvo unos diez años conmigo. Luego me volví a quedar yo solo, hasta el año pasado que ya me jubilé y les entregué la unidad a dos médicos nefrólogos jóvenes que llegaron.

RMLM: ¿Cuántos años trabajo usted en el Hospital Militar?

JAMJ: Fueron treinta años y cinco meses.

RMLM: ¿Cuál cree usted que es el reto que tiene Asociación Guatemalteca de Nefrología para el futuro próximo?

JAMJ: Yo creo que el reto sigue siendo que logremos hacer una Asociación como tal. Siempre ha habido grupos con intereses partidarios y eso no ha permitido que sea una unidad, una asociación unida.

RMLM: En la Historia de nuestra Nefrología, ¿Puede identificar algunos momentos clave que hayan permitido del crecimiento de la Nefrología en Guatemala?

JAMJ: Cuando yo regresé de España, estuve colaborando con el Dr. Manuel Toledo en la elaboración de la ley para la obtención de órganos, principalmente de riñón. Era una inquietud que él tenía y en Guatemala no existía esa ley. Al fin se logró esa ley, pero fue impugnada y está todavía pendiente que se resuelva. Luego algo muy importante fue el primer trasplante

renal vivo relacionado que se hizo a nivel privado. El programa estaba coordinado por el Dr. César Galicia en el Hospital Nuestra Señora del Pilar. Ese hecho creó más interés, más entusiasmo en la población y en los nefrólogos. Entonces el Seguro Social también se interesó en ello y por no quedarse rezagados, se hizo el primer trasplante de vivo relacionado en el Seguro Social. En esa época el Servicio era comandado por el Dr. Óscar Cordón. Estos han sido de los principales logros.

RMLM: ¿Alguna otra cosa que quiera contarnos?

JAMJ: Que Gracias a Dios me siento satisfecho de ir viendo pasar el tiempo y haber llenado los propósitos que me propuse en su oportunidad. Actualmente espero seguir creciendo hasta que Nuestro Señor diga hasta aquí.

RMLM: Le agradezco doctor su tiempo para la entrevista.

JAMJ: Randall, sólo quiero darte las gracias por tu esfuerzo. Yo creo que este libro va a llenar un vacío en nuestra sociedad. Va a quedar como un recuerdo, un testimonio para las futuras generaciones, para que vean que en algo hemos contribuido en los avances de la medicina en Guatemala.

2.9 Doctor Gilberto Recinos Mijangos

RMLM: Gracias doctor Recinos por aceptar la entrevista. Esto nos ayuda en el esfuerzo por sistematizar la información existente sobre la historia de la Nefrología en Guatemala. Para empezar, ¿Me puede dar su nombre completo?

GRM: Gilberto Recinos Mijangos.

RMLM: ¿Dónde realizó sus estudios de pregrado?

GRM: En la Universidad de San Carlos. Mis prácticas las realicé en el Hospital Roosevelt; tanto externado de medicina interna y cirugía, como el de ginecología, obstetricia y pediatría. El internado lo realicé en el Hospital Militar y el ejercicio profesional supervisado, lo realicé en la aldea Lo De Coy, Mixco.

RMLM: ¿Y su residencia?

GRM: Mi residencia de medicina interna la hice en su totalidad de tres años, de 1,981 a enero de 1,984, acá en el Hospital Roosevelt.

RMLM: ¿Dónde realizó su entrenamiento en Nefrología?

GRM: Mi entrenamiento en Nefrología lo realicé en el Instituto Mexicano del Seguro Social en el Centro Médico La Raza, en el Distrito Federal. Lo inicié el primero de febrero de 1,984 y terminé el 31 de enero de 1,986.

RMLM: ¿Regresó a Guatemala en el 1,986?

GRM: Yo regresé a Guatemala a finales de 1,986, porque me quedé prácticamente un año más, haciendo un tercer año de Nefrología, que en esa época no era oficial ni obligatorio.

RMLM: ¿Podría, por favor, describir el estado de la Nefrología a su regreso a Guatemala?

GRM: Antes de que yo fuera a mi entrenamiento, el estado de la Nefrología era muy rudimentario, diría yo. Cuando era residente de medicina interna no hacíamos diálisis peritoneal ni con catéter rígido, mucho menos con catéter blando. En esa época se hacía en algunas ocasiones algo que se llamaba gastro diálisis. Este era un método que se usaba en la China, y consistía en usar una toma hiperosmótica para provocar diarrea en el paciente. Se hacía con el fin de eliminar agua y electrolitos, aunque era limitada la cantidad de cuerpos azoados que podía eliminarse. Es cierto que tenía beneficios, pero era muy incómodo para el paciente. Era realmente impresionante ver estos cuadros, y no sabe uno si en ese momento era peor la medicina que la enfermedad. Luego vino la época de la diálisis peritoneal con catéter rígido, pero era algo que se usaba de una forma muy, muy esporádica. En ese entonces, y esto tengo que decirlo con toda sinceridad, no teníamos en el país, un entrenamiento mínimo para el manejo de las bolsas de diálisis peritoneal. Incluso no eran bolsas, eran frascos de diálisis los que nosotros usábamos y el sistema que se utilizaba era un sistema abierto. No era de sorprenderse que la peritonitis fuera la complicación más frecuente, presentándose en más del 50% de los pacientes que se dializaban. Entonces, hacer o no hacer diálisis peritoneal era algo

que uno sopesaba seriamente. Por un lado podía uno ayudar a un paciente, pero existía el riesgo de un proceso infeccioso por gérmenes nosocomiales, con desenlaces incluso fatales. Se tienen estadísticas que se hicieron aquí en el Hospital Roosevelt al principio de los años 80, en donde se observa que el tiempo promedio de sobrevivencia de un paciente que requería diálisis era de sólo cuatro meses. En ese tiempo no había ningún tipo de preocupación por parte del Estado. Los pacientes que tenían el problema de insuficiencia renal crónica fallecían. De esa suerte, el Estado no tenía ningún interés en poder modificar esta situación.

Después ya se pudo hacer hemodiálisis en el Hospital Roosevelt. Estos procedimientos se usaban exclusivamente en pacientes con insuficiencia renal aguda cuyas posibilidades de salir adelante eran altas, pero no se utilizaba en pacientes con insuficiencia renal crónica. Se usaba una máquina de hemodiálisis Baxter de las primeras generaciones, que parecía una lavadora. En ella se colocaba una cantidad establecida de galones de agua y se usaban sales que se pesaban para poder después diluirlas en el agua. Recuerdo que se tenía que estar movilizándolo continuamente esta mezcla para que las sales pudieran estar en una dilución adecuada y no tener complicaciones con los pacientes. Los filtros y líneas que usábamos eran similares a las actuales, pero no teníamos las membranas que actualmente se utilizan. Pero para todo esto necesitábamos las famosas fistulas arterio-venosas externas que, no sólo requerían de cirugía y sala de operaciones, sino que implicaba sacrificar dos vasos sanguíneos importantes. Estas fístulas requerían un cuidado meticuloso de parte de todos, no sólo de enfermería, para que no se trombosaran. Esto era lo que nosotros usábamos, obviamente las complicaciones eran muy importantes.

RMLM: ¿Esto estamos hablando de los ochentas?

GRM: Estamos hablando de lo que pasaba aquí en el Roosevelt antes de 1,984. Yo me entrené a partir de febrero del 1,984 y empecé a ejercer la Nefrología al regresar, a partir de 1,987.

RMLM: ¿Qué nefrólogos estaban ya aquí en Guatemala cuando usted regresó?

GRM: Aquí en Guatemala estaban ya varios nefrólogos. Los pioneros, diría yo, fueron los doctores César Vargas, Óscar Cordón y Manuel Arias Tejada. Aparte de este grupo pionero, estaba un grupo que había llegado un par de años antes de que yo iniciara mi entrenamiento. En este grupo estaban los doctores Leonel de Gandarias, Manuel Toledo y Alfredo Mollinedo. Eran momentos tan interesantes en la Nefrología guatemalteca que, el Dr. Óscar Cordón Castañeda que era nefrólogo pediatra, llevó a cabo funciones como jefe de Nefrología de adultos en el Seguro Social. Se me estaba escapando mencionar al doctor Danilo González, en Quetzaltenango.

Luego a partir de 1,984 empezó mi entrenamiento. Estuve en un lugar que yo describo como un hospital de primer mundo, en un país de tercer mundo. Porque México seguía siendo parte del tercer mundo, pero nosotros teníamos todo lo que necesitamos. Incluso lo que algún día debía ser el sueño de la Nefrología en Guatemala, que es poder tener hospitales de tercer nivel, que son sólo hospitales para referencia. Aquí en Guatemala, el hospital Roosevelt y el hospital San Juan de Dios son hospitales de tercer nivel por definición, pero en la práctica no lo son. Seguimos atendiendo pacientes de primero y segundo nivel.

Cuando regresé ya había tenido entrenamiento para realizar biopsias renales, que ya se estaban empezando a hacer en Guatemala, también para colocación de catéteres peritoneales blandos y catéteres vasculares para hemodiálisis. Estos catéteres vasculares para hemodiálisis vinieron a darle un giro total a lo que era la Nefrología en Guatemala. Permitían hacerle la hemodiálisis al paciente en condiciones de urgencia extrema y no perder tiempo. Cuando regresé al hospital, el nefrólogo que estaba acá era el Dr. Manuel Toledo, quien era el jefe de la unidad de Nefrología. Lamentablemente yo no pude ingresar en el hospital por aspectos de presupuesto y regresé hasta 1,990. A partir de 1,990 la unidad de hemodiálisis, que ya había sido fundada, empezó a tener un crecimiento grande, sobre todo a partir de 1,997 cuando se creó la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico (UNAERC). A partir de ese momento, diría yo, el Estado asumió su responsabilidad de dar salud a todos, no importando el tipo de enfermedad que se tuviese. A través de nuestra Unidad de Hemodiálisis nos convertimos ya en el hospital de referencia, pero nos convertimos también en un centro de referencia para pacientes de UNAERC. Esto fue lo que condicionó un crecimiento que cada vez ha sido mayor, hasta el día de hoy, donde el número de hemodiálisis que realizamos en la unidad mensualmente sobrepasa los trescientos procedimientos por mes. Y esto, teniendo claro que no sólo hemodializamos pacientes agudos, sino también pacientes crónicos. Hemos tenido la necesidad de habilitar horarios especiales, en turnos de noche, fines de semana y días festivos, de acuerdo a la urgencia que se presente. A los pacientes con insuficiencia renal aguda, o bien crónicos agudizados, les continuamos su hemodiálisis hasta que resuelven su problema. Los pacientes crónicos son referidos a UNAERC para continuar su tratamiento. Nosotros en la unidad colocamos catéteres peritoneales blandos en condiciones especiales. Utilizamos una clínica, porque no tenemos una sala de operaciones y sólo en muy contadas oportunidades hemos podido hacerlo en sala de operaciones por el gran volumen de pacientes quirúrgicos que existe. En cuanto a la colocación de los catéteres vasculares y biopsias renales, para eso sí tenemos un área específica y exclusiva.

Yo creo que dadas las condiciones de recursos tan limitados del hospital, hacemos lo que podemos, no lo que debemos. El año pasado tuvimos pláticas con el Ministerio de Salud con la intención de crear en el Roosevelt un centro para trasplante. Sin embargo el aspecto económico, por las modificaciones que había que hacer en algunas áreas, no permitió seguir con el plan. El hospital Roosevelt fue inaugurado a finales de la década de los 50 y no se tenía planteado trasplante. A diferencia del San Juan de Dios, donde ya se había planeado en esa construcción, un área específica para trasplante. Eso fue algo sumamente beneficioso para el San Juan de Dios porque esas áreas ya no necesitaban ser implementadas en mayor grado y no era necesaria la construcción de otras áreas. En esa ocasión se concluyó que el Hospital Roosevelt iba a ayudar en la identificación de los pacientes que son posibles candidatos de trasplante, para que no lleguen a UNAERC y pudiesen ser diferidos directamente hacia el San Juan de Dios.

RMLM: ¿Dónde estuvo ejerciendo usted la Nefrología desde su regreso hasta su incorporación al Roosevelt en 1,990?

GRM: Yo regresé en el año 87 para efectos prácticos. Como le decía, en ese año no estuve trabando en ningún lugar con remuneración. Fue a partir del 88 que estuve en el Hospital Militar

ocupando la plaza de nefrólogo. A partir del 89 inicié en el San Juan de Dios, inicialmente como uno de los jefes de unidad de medicina interna y posteriormente como nefrólogo y jefe de la unidad de Nefrología.

RMLM: Hablando de su carrera en perspectiva, ¿Quién considera usted que ha sido su maestro, su formador principal, en el área de medicina y Nefrología?

GRM: De medicina interna hay algunos maestros míos acá en el Hospital Roosevelt que yo recuerdo con muchísimo cariño. Uno de ellos sería por ejemplo el Doctor Riyad Muadi, que fue el jefe del departamento durante el tiempo que yo fui residente. Aprendí mucho de él, sobre todo la disciplina que debe tener uno como médico y que es algo que en la actualidad se ha perdido. Otro jefe del departamento que me dejó mucha enseñanza fue el doctor Claudio Ramírez, quien me enseñó algunos aspectos muy importantes de medicina. Podría señalarlos a ellos dos de forma directa, pero fueron varios los jefes de departamento o de servicio, que pusieron más que un grano de arena en mi formación como médico internista. En mi formación como nefrólogo, diría yo que incidieron mucho dos personas. Una de ellas que fue el jefe del departamento de Nefrología donde yo me entrené, el Dr. Treviño, quien era una persona muy, muy disciplinada y tenía un carácter muy fuerte. Me enseñó que la única manera de hacer las cosas, era haciéndolo bien. La otra persona por la que guardo muy especial aprecio por la forma en que me enseñó lo que a mí más me gusta de la Nefrología, que son las enfermedades glomerulares, es la doctora María Antonieta Schetinno. También recuerdo al doctor García Torres, un excelente patólogo y diría yo de lo mejor que he conocido. Me enseñó muchísimo de patología renal.

RMLM: ¿Cuál cree que ha sido su aporte más importante a la Nefrología guatemalteca?

GRM: Yo diría que en ese aspecto hay varios puntos que comentar. El primero sería con respecto al hospital Roosevelt, en donde a partir del año 99 para esta fecha, se formó la unidad de hemodiálisis que nos ha permitido dar apoyo a pacientes tanto crónicos como agudos. Es de mencionar que esto se llevó a cabo también gracias al personal que tenemos: una jefa coordinadora de enfermeras, dos auxiliares de enfermería y dos técnicos de hemodiálisis. Otra cosa que ha ayudado a que la unidad de hemodiálisis preste un servicio, sino óptimo por lo menos lo indispensable, es el haber logrado que las máquinas de hemodiálisis sean prestadas al hospital por una empresa, a cambio de haber consumido el equipo que ellos venden. A partir de ahora, con la donación de máquinas que ya tenemos, vamos a tener la posibilidad de comprar equipo a un costo mejor. Esta donación nos permitirá también habilitar diez máquinas y dejar algunas al servicio exclusivo del área de terapia intensiva. A parte del desarrollo de la unidad de hemodiálisis en el Roosevelt, puedo mencionar mi participación en las clases de Nefrología para el postgrado de Medicina Interna. Este año estamos iniciando unas clínicas de Nefrología, esto es una cena-sesión mensual para los residentes, donde vamos a discutir casos y de esta manera poder no sólo aplicar más los conocimientos sino también estimular a los residentes a que vean lo que ya se está cambiando. Que vean que la Nefrología no es lo que se había visto hasta hace algunos años, la imagen deprimente de pacientes en diálisis que fallecen, sino que es algo diferente. En segundo lugar, menciono mi participación en la formación del servicio de hemodiálisis de la UNAERC.

RMLM: Con respecto a la Asociación Guatemalteca de Nefrología, ¿Cuál cree usted que es el papel más importante que tiene que desempeñar?

GRM: Yo diría que son varios. Primero creo que es importante que tenga una sede, porque hasta hoy la sede ha sido itinerante. Clásicamente ha sido la clínica del médico que funge como presidente de la asociación. Sería una de las cosas que habría que cambiar. Si no es posible comprar, rentar sería otra opción, para poder tener la sede en un lugar fijo y que todos pudiéramos saber que allí está y hacer los trámites necesarios. Segundo, estimular la participación de los nefrólogos. Es un secreto a voces que nadie puede ocultar, que en Guatemala hay varios grupos de nefrólogos. Este hecho se había reflejado en la forma en que se traspasaba la presidencia de la AGN. La presidencia se recibía por turnos, conforme había llegado al país el especialista, e implicaba que le tocaba no necesariamente al más capaz o al que tuviera mejores ideas o que pudiese realizar mejor papel. Esto ya se modificó y yo creo que eso es muy bueno porque quien llegue a ocupar la presidencia realmente va tener intenciones de mejorar las cosas. Tercero y muy importante, es poder estimular la formación y estimular el conocimiento de la Nefrología básica. No sólo en la capital, sino en los departamentos. Aquí en el hospital vemos que los pacientes llegan directos a diálisis, y entonces uno se pregunta ¿qué ha pasado con la identificación temprana? Creo que la AGN debe hacer un proyecto a largo plazo donde nos involucremos todos y turnarnos para salir una vez al año a un departamento a dar alguna plática de la patología más importante a los médicos generales. Otro punto en que debería participar la AGN es en estimular la creación de estudios de investigación y la participación de nefrólogos en eventos locales y congresos, como el de medicina interna, pediatría, cirugía y otras, en donde nosotros lleguemos y compartamos experiencias de las patologías de estas especialidades que nos involucran. Otro punto importante es mantener las reuniones de la AGN de forma periódica, y que a principio de año se pudiera programar todo el año y poder así nosotros colocarlo en agenda y comprometernos a asistir. Los eventos internacionales son otro tema importante. Yo creo que toda la gente tiene derecho a tener participación internacional, si lo desea. Tradicionalmente la participación internacional ha estado emparejada con la estrecha relación con las compañías farmacéuticas. Esto ha llevado a una falta de equilibrio, ya que son siempre las mismas personas las que salen favorecidas con estos viajes. Sería interesante que dentro de la AGN existiera un comité que pudiera administrar las oportunidades de participación en congresos internacionales, de acuerdo al interés de cada uno. Eso hablaría muy bien de la forma en que se maneja la asociación, para que fuera una asociación para todos. Por último, creo que la AGN debe fomentar la participación de la gente que está en entrenamiento, dando becas a congresos nacionales e internacionales.

RMLM: Muchas gracias doctor Recinos.

2.10 Doctor Luis Fernando Arroyo García

RMLM: Muchas Gracias doctor Arroyo por aceptar la entrevista. Para empezar, ¿Me puede dar su nombre completo?

LFAG: Luis Fernando Arroyo García.

RMLM: ¿Dónde realizó sus estudios de pregrado?

LFAG: Esos fueron en la Universidad de San Carlos, todas mis rotaciones de pregrado las hice en el Hospital General San Juan de Dios.

RMLM: ¿También la residencia en Medicina Interna?

LFAG: Sí, la especialidad en ese tiempo le decíamos el postgrado o la residencia de medicina interna.

RMLM: ¿En dónde realizó sus estudios de postgrado?

LFAG: Ya específicamente Nefrología lo cursé en el Servicio de Nefrología del Instituto de Cardiología Ignacio Chávez. De alguna manera fui guiado por dos amigos y maestros. Uno de ellos es el Dr. Rómulo López, internista en ese tiempo, que estaba en México terminando la especialidad de cardiología. Aquí en Guatemala me motivó el Dr. Leonel de Gandarias. Estuve en México de 1,986 a 1,988.

RMLM: ¿En qué año regresó usted al país?

LFAG: Yo regresé unos días antes de la Semana Santa de 1,988.

RMLM: ¿Quiénes eran los nefrólogos que ya estaban en el país cuando usted regresó?

LFAG: A quienes yo conocía eran los nefrólogos del San Juan de Dios: Dr. Carlos Bethancourt, Dr. Leonel de Gandarias y el Dr. Manuel Toledo. Sin embargo tenía conocimiento de que estaba también el Dr. Manuel Arias Tejada, que en ese tiempo laboraba en la fase cuatro de la Facultad de Medicina de la USAC. También estaba el Dr. Óscar Cordón en el IGSS. Y había otro colega, el Dr. José Santos García Noval, quien se entrenó como nefrólogo en Francia pero nunca ejerció como tal y se dedicó a la docencia y actividades universitarias.

RMLM: Sí, conozco al Dr. García Noval. Se ha dedicado a desarrollar la Bioética en Guatemala.

LFAG: Yo lo conocí de estudiante. Mis primeras clases sobre Nefrología como externo, “¿Qué es el glomérulo” y todo los temas colaterales, los recibimos con él en el Hospital General San Juan de Dios.

RMLM: ¿Cómo describe usted el estado de la Nefrología a su llegada a Guatemala? En cuanto a diálisis, trasplante, prevención, etc. ¿Cómo estaba la Nefrología en Guatemala en 1,988?

LFAG: Solamente en el Seguro Social existía un programa de atención a pacientes renales crónicos, pues tenían el Programa de Diálisis. En Salud Pública no existían programas para diálisis crónica. Únicamente contábamos con diálisis peritoneal aguda o intermitente con catéter rígido, y eso era lo único que podíamos hacer con los pacientes que llegaban con uremia al Hospital San Juan de Dios. Teníamos en el San Juan una máquina de hemodiálisis en el intensivo, la cual se usaba en pacientes agudos. Yo creo que la máquina se había adquirido a través de una gestión que hicieron el Dr. Bethancourt y el Dr. Carlos Vassaux, jefe del intensivo. Los técnicos de hemodiálisis eran un grupo de tres auxiliares de enfermería del intensivo: Roderico Leiva, Baldomero y Luis. Manejaban muy bien los casos agudos. Ellos eran gente muy vivaz e inquieta, y a pesar de no tener la preparación y la experiencia de enfermería, tenían mucha habilidad e iniciativa. Tanto es así, que algunos de ellos participaron posteriormente en el desarrollo de unidades privadas. En ese entonces se trabajaba con fístulas externas, y era realmente un dolor mantenerlas permeables. Eso era lo que ofrecía el San Juan de Dios para pacientes con insuficiencia renal aguda e intoxicados. Yo sé que en ese momento ni el Roosevelt ni el San Juan de Dios tenían programas para atención a pacientes con Insuficiencia Renal Crónica. En los hospitales nacionales existía básicamente la parte de Nefrología clínica y consultas externas: glomerulopatías, biopsias renales, tubulopatías... Pero no existían programas de diálisis para pacientes crónicos a través de Salud Pública. La poca gente que recibía diálisis, tenía que asumir el costo del tratamiento.

RMLM: ¿y el Trasplante?

LFAG: El trasplante a nivel institucional empezó alrededor del 1,986. Empezó en el Seguro Social. Cuando yo estuve de R2 de medicina interna en el San Juan de Dios, se hicieron algunos intentos de trasplante pero la experiencia inicial fue muy traumática. Eso retrasó durante mucho tiempo el desarrollo de esta rama. Yo creo que la historia de la Nefrología en el San Juan de Dios la podemos dividir en dos etapas: La primera etapa fue cuando el hospital estaba en el Parque de la Industria. Allí estaba la máquina de hemodiálisis para agudos y se desarrolló lo que mencioné anteriormente. La segunda etapa inicia con inauguración del edificio nuevo. Allí las nuevas instalaciones contaban con una unidad de hemodiálisis, que era muy moderna por cierto, con unas máquinas marca Fresenius. Eran alrededor de seis máquinas y ya se contaba con osmosis como sistema de tratamiento de agua. Recuerdo que la unidad era tan sofisticada para el medio, que lastimosamente no se pudo echar andar a pesar de los intentos especialmente del Dr. Bethancourt y el Dr. Manuel Toledo. Tristemente esa infraestructura se perdió y posteriormente funcionó allí el área de trasplante del San Juan de Dios. Ya estamos hablando de la década de los 90.

RMLM: ¿En qué año eran que estaban esas máquinas allí? ¿En qué parte del edificio estaban?

LFAG: Eran seis máquinas de hemodiálisis que estaban durante la inauguración del San Juan de Dios. En ese entonces yo era R2 de medicina interna, estamos hablando de finales de 1,984. En el segundo nivel, en el ala norte, en el área del intensivo. Allí teníamos la unidad de cuidados intensivos, cuidados coronarios, cuidados intermedios y la unidad de hemodiálisis. Como te digo, tristemente nunca se pudo echar a andar. Yo era residente en ese tiempo y no tengo un conocimiento muy preciso de los motivos. Pienso que una de las razones fue la falta

de inducción por parte de la empresa constructora en relación a cómo echar andar la unidad. Pero te puedo asegurar que era una unidad muy moderna, mucho más moderna que la que tenía el Seguro Social en ese momento. Me recuerdo perfectamente que las máquinas no utilizaban los tanques de agua para hacer las mezclas, sino que ya utilizaban un sistema de distribución central. Es probable que el Dr. Bethancourt tenga alguna foto de esto.

RMLM: ¿Cómo fue su incursión dentro de la Nefrología guatemalteca? ¿En qué instituciones empezó ejerciendo y cómo fue creciendo profesionalmente?

LFAG: Cuando yo regresé en el 88 traté de incorporarme ad honorem en el Servicio de Nefrología del San Juan de Dios. Asistía a las actividades académicas básicamente, sin mayores compromisos asistenciales. Estuve ahí por un tiempo mientras trataba de abrirme campo en la práctica privada. No fue sino hasta mediados del 89 que me involucré en el Hospital Militar. En ese tiempo era el Hospital Militar que quedaba en la zona 10. Tomé una plaza compartida entre Nefrología y medicina interna. Cumplía con actividad asistencial primaria de medicina interna y tenía llamadas y apoyo para el área de Nefrología. En 1,989 el Hospital Militar ya contaba con máquinas de hemodiálisis. Eran unas máquinas Baxter del modelo anterior a la Baxter 450, las cuales eran un poquito más modernas que las que se usaban en el resto del medio nacional. Cuando yo llegué, ya había un grupo de pacientes en el Programa de Hemodiálisis Crónica que había desarrollado el Dr. César Vargas, con el apoyo del Dr. Alfredo Monzón recién llegado de España. Con el traslado del Hospital Militar a sus nuevas instalaciones, me retiré de la actividad ad honorem del San Juan de Dios y me quedé en el ámbito de la Nefrología en el Centro Médico Militar. Contrariamente a lo ocurrido en el San Juan de Dios, en el nuevo diseño del Hospital Militar, no se dispuso de un área para la Unidad de Hemodiálisis. Finalmente nos asignaron una de las salas del área de emergencia que era una especie de corredor. Allí se instalaron cuatro máquinas, se contaba con un pre tratamiento de agua para desechos y carbonatidad, pero no se contaba en ese tiempo con un sistema de osmosis. Así empezamos a trabajar. Todavía dializábamos con acetato en ese tiempo. Cuando Baxter abrió una oficina local en Guatemala y salió al mercado el distribuidor que era Amicelco, logramos una participación más directa de Baxter y un mejor apoyo. Así, se estableció un mejor diseño de una nueva Unidad de Hemodiálisis con seis u ocho máquinas Baxter 1550, con un sistema de osmosis inversa, software para seguimiento de los pacientes, base de datos, cálculos de KT/V y algunos otros parámetros para medir la calidad de la diálisis. Es la unidad que actualmente funciona en el ala norte del segundo nivel del Centro Médico Militar.

Paralelamente a eso, y en lo que a mí respecta, alrededor de 1,992 asistimos con el Dr. Bethancourt al tercer Congreso Centroamericano de Nefrología en Tegucigalpa. Durante el viaje el Dr. Bethancourt me invitó a participar en la solicitud de una plaza de nefrólogo que se generaría en el IGSS a raíz de algunos problemas administrativos que se estaban dando dentro de la institución. Esos problemas concretizaron en la renuncia del Dr. Óscar Córdón como jefe del Servicio de Nefrología, en el traslado del Dr. Mollinedo a otra unidad, el ascenso del Dr. Bethancourt como jefe del Servicio de Nefrología y mi llegada a ocupar la plaza que el Dr. Bethancourt dejaba vacante. Esa plaza tenía un horario algo incómodo, pues era de las 12 del medio día a las 6 de la tarde. Pero eso me daba la facilidad de continuar con mi trabajo en el Hospital Militar por las mañanas.

RMLM: ¿En qué año fue eso?

LFAG: Esto fue en 1,992. Realmente me costó un poquito adaptarme al Seguro Social, pues no conocía a mucha gente allí. Comenzamos con las actividades de consulta externa, de seguimiento de pacientes con insuficiencia renal crónica y, a manera de anécdota, te cuento que hubo una época en que tuvimos que asumir, en conjunto con el Dr. Bethancourt, el apoyo al área de pediatría para la atención de algunos niños con problemas renales.

RMLM: Sí. Recuerdo haber visto algunas notas suyas en los expedientes cuando yo llegué al IGSS.

LFAG: Nos apoyábamos con la nefróloga pediatra que había en ese tiempo, que era la Dra. Gladys de Herman. Establecimos comunicación con Gladys y ella nos apoyó con el manejo de algunos casos, porque obviamente estábamos fuera de nuestro campo de acción.

Ya existía en ese momento en el IGSS una Unidad de Hemodiálisis grande. Contaba con alrededor de 15 máquinas con un sistema de tratamiento de agua. Trabajaba de 6 de la mañana a 4 de la mañana, atendiendo pacientes hospitalizados y pacientes ambulatorios. Era un poquito complicada para echarla andar por problemas puramente burocráticos. Cuando yo llegué al IGSS habían pacientes que tenían 8, 10 y 12 años de estar en hemodiálisis. También en el IGSS se había abierto alrededor de 1,988, por iniciativa del Dr. Mollinedo y con el apoyo de Baxter a través de su distribuidor Amicelco, el Programa de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria. Unos de los primeros pacientes fueron unos señores de Chiquimulilla. Yo los conocí después cuando llegué al servicio en el área de DPCA, que funcionaba en el segundo nivel de encamamiento. Era una salita con dos camas que atendía una enfermera profesional y un auxiliar de enfermería. No recuerdo la cantidad exacta de pacientes que había en ese momento, pero se comenzó con este sistema de Baxter en que todavía había que pinchar la bolsa y los pacientes cargaban la bolsita por todos lados. Después de eso fui involucrándome en la parte de diálisis peritoneal y comenzamos a crear, basado en la experiencia que se tenía en el IGSS, un pequeño Programa de Diálisis Peritoneal también en el Hospital Militar.

Por situaciones administrativas y de intereses de quién sabe quién, un día nos topamos con que existían dos proveedores de bolsas de DPCA con dos sistemas de conexión totalmente distintos. Había alrededor de 50 a 60 pacientes en cada uno de los dos sistemas, que eran Baxter y Fresenius. Desde el punto de vista asistencial, estrictamente médico, lo logramos manejar adecuadamente. Esa misma competencia generó que inicialmente Baxter, y posteriormente Fresenius, trajeran sus sistemas en "Y" ya con desconexión. Es lo que hasta el momento se utiliza.

RMLM: ¿Quiénes estaban en el equipo del Seguro Social cuando usted se incorporó en 1,992?

LFAG: Éramos tres: el Dr. Carlos Bethancourt, que en ese momento era el jefe del Servicio, el Dr. Leonel de Gandarias y yo. En el staff del Seguro Social también estaba el Dr. Alfredo Mollinedo, pero él estaba asignado a la policlínica en ese momento.

RMLM: Continuemos con su desarrollo profesional...

LFAG: Bueno, paralelamente a eso realizamos algunas actividades en la práctica privada. Tuve una máquina de hemodiálisis con acetato de un modelo anterior del Drake-Willock. Durante un buen tiempo trabajamos esa parte en los inicios del Hospital Ciudad Vieja. Aparte del intensivo, hacíamos hemodiálisis a pacientes privados. En esas fechas surgió la posibilidad de comenzar a hacer trasplante renal y desarrollamos un programa piloto, un programa preliminar en el Centro Médico Militar. Hicimos alrededor de 8 trasplantes renales, todos exitosos pues no hubo mayores complicaciones trans ni post operatorias. A la fecha mantengo cierta comunicación con algunos de los pacientes de ese plan piloto. Lamentablemente comenzamos a trasplantar algunos pacientes privados además de los pacientes derechohabientes del Centro Médico Militar. Al inicio nos sentimos presionados a comenzar a atender sin ningún beneficio personal a los pacientes no derechohabientes. Eso a la larga nos desmotivó para continuar con el programa, pues teníamos la obligación de atender a los paciente derechohabientes, pero atender pacientes no derechohabientes y sin ningún beneficio personal y de forma obligatoria, nos desmotivó a seguir adelante. El equipo estaba integrado por el Dr. Mario Roberto Morales Ruíz, que trabajaba y actualmente sigue trabajando como urólogo en el Programa del San Juan de Dios. El cirujano vascular era el Dr. Julio Guzmán Ovalle, con quien habíamos coincidido durante nuestros entrenamientos en el Ignacio Chávez. El Dr. Guzmán Ovalle se había involucrado durante su entrenamiento México en el área de trasplante con el Dr. Javier Bordes Aznar. El Dr. Guzmán Ovalle, un cirujano de mucha experiencia y muy capacitado, nos apoyó haciendo las fistula desde mi ingreso al Hospital Militar. Todo esto ocurrió de 1,992 a 1,998.

Paralelamente a eso continuamos con las actividades en el IGSS hasta 1,997. A raíz de la gran cantidad de pacientes que el IGSS ya tenía en hemodiálisis, se comenzó a contratar servicios afuera de la institución. Tengo entendido que esta estrategia ya se había hecho antes. Coyunturalmente existía una empresa de diálisis privada que se llamaba Hemocentro, que fue la primera que contrató el IGSS. Al ver la avalancha de pacientes que se venía, y estando el Dr. Bethancourt como el jefe del Servicio, comenzaron a re pensar la estrategia. Coincidieron un grupo de personas, dentro de las que puedo mencionar al Dr. Carlos Bethancourt, algunos integrantes de la Orden de Malta, el Dr. Manuel Toledo, el Dr. Alfredo Mollinedo, Rudolf García-Gallot y algunas autoridades de IGSS a iniciativa del licenciado Armando Melgar, gerente en ese tiempo. Entonces, luego de casi todo el año de 1,997 en serie de reuniones, finalmente se dieron las circunstancias y se consiguió el apoyo político para abrir la Unidad Nacional de Atención al Enfermo Renal Crónico, UNAERC.

RMLM: ¿En qué año fue eso?

LFAG: En agosto de 1,997. Por lo que yo estoy enterado, UNAERC arrancó con fondos provenientes de la Orden de Malta. Ellos contactaron y consiguieron un edificio anexo a la Cruz Roja y dieron el apoyo económico inicial para arrancar, mientras el gobierno se involucraba y proveía de un presupuesto. Entonces a raíz de que el Dr. Bethancourt se retiraba del IGSS para trabajar en la dirección de UNAERC, los señores de Orden de Malta me propusieron que me hiciera cargo del programa de diálisis peritoneal en UNAERC. Acepté gustosamente por varios motivos: mejoras de ingresos económicos y un mejor ambiente laboral en ese momento. Lamentablemente el IGSS ya estaba saturado a esas alturas y era un poquito difícil trabajar. Los señores de Orden de Malta me habían conocido porque yo había ingresado pacientes a un

programa de DPCA que ellos tenían y que manejaba el Dr. Mollinedo. Este pequeño grupo como de 40 pacientes en diálisis peritoneal ambulatoria, fue el primer grupo de pacientes no derechohabientes del IGSS que contaron con DPCA en Guatemala.

En años anteriores, tal vez unos cinco años atrás, Baxter comenzó a traer profesores colombianos para algunas charlas y talleres. La intención era que se desarrollara un poco más el programa de diálisis peritoneal. Uno de los primeros esfuerzos fue que el Dr. Alfredo Monzón visitara por una semana una unidad en Bogotá, Colombia y participara presencialmente en los implantes de los catéteres peritoneales hechos por nefrólogos. Yo, como una inquietud propia, había estado tratando de involucrarme en ese tema. Había revisado la técnica y me recuerdo perfectamente que había comprado durante mi estadía en México un pequeño libro muy básico de diálisis peritoneal escrito por el Dr. Alejandro Treviño. De todo lo básico que tenía ese librito, describía de una forma muy sencilla la técnica para implantar el catéter de Tenckhoff. Entonces, con mi conocimiento teórico de la técnica y ya con el conocimiento práctico del Dr. Monzón, comenzamos a hacer algunos intentos de implantes de catéteres en el Centro Médico Militar y con algunos pacientes privados. Como en todo inicio, algunos casos fueron fallidos. Pero comenzamos a desarrollar y a perfeccionar la técnica. Al empezar a manejar el programa de diálisis peritoneal de UNAERC asumimos el compromiso de implantar los catéteres de diálisis peritoneal, y fue la oportunidad de empezarlo a hacer a mayor escala. Vinieron otros profesores, esta vez mexicanos, para que tuviéramos un refrescamiento en las técnicas de implante de catéter peritoneal. Recuerdo que yo pensaba que la técnica que yo utilizaba era la más fácil, práctica y sencilla. Y mostré un poquito de escepticismo ante lo que los profesores mexicanos venían a demostrarnos. Sin embargo cuando revisamos la técnica de ellos, ésta era todavía mucho más sencilla que la nuestra. Con el conocimiento previo, la experiencia previa y nuestra propia curva de aprendizaje, te podría decir que adquirimos una experiencia propia en ese tema. Esta experiencia propia, institucional y a gran escala, permitió que el programa de DPCA creciera y se desarrollara de una forma impresionante. Comenzamos a implantar catéteres peritoneales en UNAERC a partir de agosto de 1,997 con un programa de 40 pacientes. Llegamos a manejar alrededor de 1,400 pacientes hasta el día 28 de febrero del 2,009 que fue mi último día de labores en UNAERC.

RMLM: Usted renunció al IGSS y pasó a trabajar en UNAERC ¿Su desempeño dentro del Centro Médico Militar continuó?

LFAG: Continué en el Centro Médico Militar hasta el año 2,000, por presiones de tiempo. Alrededor del año 99, la Dra. Agualuz Hernández se incorporó al programa de diálisis peritoneal en UNAERC. Estuvo poco tiempo, uno o dos años, y decidió retirarse. Coyunturalmente con eso, creo que fue el año del atentado de las Torres Gemelas, yo había tomado la decisión de retirarme del Centro Médico Militar con la idea de trabajar seis horas en UNAERC y el resto de tiempo dedicarlo a mi práctica privada. Sin embargo no contaba con la renuncia de la Dra. Agualuz Hernández. Con su renuncia, y habiéndome ya retirado del Hospital Militar, me vi en la necesidad de continuar viendo todos los pacientes que veía la doctora y los míos en seis horas o aumentar mi horario a tiempo completo. Dejé de lado, una vez más, mis planes de dedicarme un poco más a la práctica privada y me quedé de tiempo completo en el programa de diálisis peritoneal de UNAERC hasta el año 2,005. En el 2,005 se retiró el Dr. de Gandarias, quien era

el director médico, y en ese momento me propusieron que asumiera la Dirección Médica de UNAERC.

RMLM: Usted es un personaje fundamental en el desarrollo en la diálisis peritoneal en Guatemala. Me resulta muy interesante ver cómo empezó su involucramiento en este campo de la Nefrología. Yo diría, sin temor a equivocarme, que en Centroamérica usted es la persona que tiene más experiencia en colocación de catéteres y manejo de diálisis peritoneal. ¿Cuántos catéteres ha colocado en todo este tiempo?

LFAG: Yo diría que alrededor unos 3,000 catéteres de diálisis peritoneal. En esta parte de la plática es muy importante hacer énfasis en que el iniciador del programa de diálisis peritoneal ambulatoria fue el Dr. Alfredo Mollinedo Paniagua. Él inició los programas de DPCA, tanto en el grupo de pacientes del IGSS como con los pacientes que tenía la Orden de Malta. Por cosas de la vida, a mí me tocó asumir esos programas en sus primeras etapas, una vez creados por el Dr. Mollinedo. De ahí en adelante nos fuimos involucrando, me fue gustando y aparte, te soy sincero, en un inicio me vi aorillado pues los doctores Bethancourt y de Gandarias se encargaban de los programas de hemodiálisis y trasplante en el IGSS. Entonces el espacio que quedaba para que yo me desarrollara era el de diálisis peritoneal, cosa que finalmente fue positiva para mí.

RMLM: El análisis de los datos de los pacientes que usted manejaba en UNAERC era bastante interesante. Había un reducido número de peritonitis por paciente. ¿Toda esta información ha generado algún reporte internacional o algún artículo publicado?

LFAG: En el Congreso Latinoamericano de Nefrología que fue en Costa Rica, participamos en un simposio satélite patrocinado por Baxter. Allí dimos a conocer toda esta experiencia. La otra comunicación científica la hemos hecho a nivel local, en el pasado Congreso de Nefrología. A finales del año 2,007 habíamos desarrollado una base de datos en la cual incluíamos 1,000 pacientes en diálisis peritoneal. Al momento de solicitar el apoyo y asesoría para su publicación en extranjero, fueron faltando datos que luego nos resultaron inaccesibles y se hizo complicado publicar. Sin embargo tenemos esa base de datos y esperamos publicarla, por lo menos, a nivel local.

RMLM: Fuera de micrófonos me decía que usted y UNAERC habían crecido juntos, ¿Cómo fue ese proceso?

LFAG: Sí. Cuando yo comencé a trabajar en UNAERC en agosto de 1,997 existían alrededor de 40 pacientes en DPCA, no existía hemodiálisis en ese momento pues, si no recuerdo mal, comenzó a implementarse en mayo de 1,998 y el Programa de Trasplante Renal se manejaba con un convenio de colaboración con el Hospital San Juan de Dios. Entonces de cero pacientes en hemodiálisis y 40 pacientes en diálisis peritoneal, fuimos viendo crecer la unidad a un total de aproximadamente 1,400 pacientes en diálisis peritoneal y alrededor de unos 500 pacientes en hemodiálisis. Anecdóticamente te puedo decir que, en base a la información de diversos cursos, congresos y talleres en que hemos comentado nuestra experiencia como país, el grupo de pacientes en DPCA de UNAERC es, sino el más grande, uno de los más grandes del mundo en concentración de pacientes en una unidad individual. Esto puede verse desde dos puntos de

vista: como una deficiencia porque no tenemos descentralizada la atención y, por otro lado, como una fortaleza, pues hemos tenido la capacidad de desarrollar un programa de alta concentración de casos.

RMLM: Vista su carrera en perspectiva, ¿Quiénes cree que han sido las personas que han influido en su desarrollo profesional?

LFAG: Yo te diría que inicialmente el Dr. Carlos Bethancourt, quien desde mi regreso me ofreció siempre su apoyo y de alguna manera me fue abriendo puertas para que yo me desarrollara profesionalmente. Por otro lado, el Dr. Leonel de Gandarias, quien me creó la inquietud y la atracción hacía la Nefrología en mi etapa de pregrado.

RMLM: ¿Cuál diría usted que es su mayor aporte a la Nefrología guatemalteca?

LFAG: Yo considero que el desarrollo de la diálisis peritoneal, tanto con pacientes del Seguro Social como en pacientes de UNAERC. Logramos tener una cantidad muy grande de pacientes, un programa muy grande y bastante completo de DPCA en el cual, además de suministrar el tratamiento a los pacientes, también se les daba un seguimiento bastante acorde a las guías y criterios internacionalmente aceptados. El otro punto creo, es el de haber conseguido el espacio para el nefrólogo en el manejo de los implantes de los catéteres peritoneales, ya que anteriormente se manejaban a través de cirugía.

RMLM: Finalmente doctor, con respecto a la AGN, ¿Cuál cree usted que es la misión de la AGN o cuál debería de ser la misión de la AGN?

LFAG: Considero que se deben revisar los objetivos iniciales. Yo recuerdo que tengo por allí parte de los objetivos principales en la creación de la AGN y uno de ellos era promover el desarrollo de un centro de atención al paciente con enfermedad renal. Mi opinión personal es que ese tema ya está desarrollado con UNAERC. Seguramente la forma de atención de los pacientes ha ido modificándose en el devenir de los años y seguirá modificándose de acuerdo a lo que se puede ver que ha ocurrido en otros países. Seguramente se va a tener que descentralizar la atención. Creo que el reto inmediato de la AGN es enfocarse en el desarrollo de actividades con las distintas especialidades, médicos generales y médicos de atención primaria, para promover el conocimiento de la Nefrología, de la magnitud del problema de la insuficiencia renal crónica en nuestro país y de la implementación de algunas guías o criterios iniciales para el manejo de pacientes en estadio temprano.

2.11 Doctora Alejandra Arredondo Colindres

RMLM: Dra. Arredondo, gracias por aceptar la entrevista. Como le comentaba fuera de micrófonos, la idea del libro es sistematizar la información histórica que existe sobre la Nefrología en Guatemala. Las entrevistas van a ser transcritas lo más literalmente posible. Seguramente habrá necesidad de editar algunas cosas, pero se tratará que la idea central se mantenga. Para empezar Dra. Arredondo, ¿me puede dar su nombre completo?

AAC: Alejandra Arredondo Colindres.

RMLM: ¿Dónde realizó sus estudios de pre grado?

AAC: En la Universidad de San Carlos.

RMLM: ¿Realizó sus estudios de pediatría también aquí en Guatemala?

AAC: No. Los realicé en la Universidad Autónoma de México.

RMLM: ¿y con respecto a su entrenamiento en Nefrología Pediátrica?

AAC: Este entrenamiento lo realicé en el Hospital Infantil de México.

RMLM: ¿En qué año regreso usted a Guatemala?

AAC: Regresé a Guatemala en 1,990.

RMLM: ¿Cuál era el estado de la Nefrología en Guatemala cuándo usted regresó, en cuanto a diálisis y trasplante?

AAC: Cuando yo regresé el estado de la Nefrología, y especialmente de la Nefrología Pediátrica, era bastante malo. En Guatemala sólo se habían hecho cuatro trasplantes en niños. La diálisis peritoneal y hemodiálisis en niños era muy poco lo que se hacía y era más que todo ocasional. Habían usado la diálisis peritoneal por un tiempo, pero abandonaron su uso por ser muy laboriosa y por el tiempo que ocupaba. En ese tiempo sólo habíamos cuatro nefrólogos pediatras en el país.

RMLM: ¿Quiénes eran los nefrólogos pediatras que estaban en Guatemala a su regreso?

AAC: El Dr. Mario Roberto Ponsa, la Dra. Gladys de Herman y el Dr. Jorge Izaguirre.

RMLM: ¿Dónde empezó a laborar a su regreso a Guatemala?

AAC: Yo empecé a trabajar en el Hospital Roosevelt, porque allí había realizado mis prácticas de externado e internado.

RMLM: ¿Cuánto tiempo estuvo en el Hospital Roosevelt?

AAC: En el Hospital Roosevelt estuve dos años. Después el Dr. Ponsa me invitó a formar parte de su grupo en el Hospital General San Juan de Dios.

RMLM: ¿En qué año se trasladó usted al San Juan de Dios?

AAC: Eso fue en 1,992.

RMLM: ¿O sea que estuvo trabajando conjuntamente con el Dr. Ponsa?

AAC: Sí. Estuve trabajando conjuntamente con el Dr. Ponsa durante unos ocho o diez meses.

RMLM: ¿Era en el Hospital General San Juan de Dios en donde estaban los cuatro niños trasplantados que nos comentaba?

AAC: Sí.

RMLM: ¿Qué nos puede comentar de los programas de diálisis pediátricos que había en el San Juan de Dios?

AAC: Casi no había diálisis. Prácticamente yo llegué a implantar la diálisis intrahospitalaria y posteriormente, la ambulatoria.

RMLM: Cuándo dice diálisis intrahospitalaria, ¿Se refiere al programa de diálisis peritoneal intermitente?

AAC: En el programa de diálisis intrahospitalaria los pacientes son ingresados y dializados peritonealmente por 24 horas, una o dos veces por semana, dependiendo de la distancia del lugar donde vivan.

RMLM: ¿En qué año empezaron el programa de trasplante pediátrico?

AAC: Empezamos en el año de 1,989.

RMLM: ¿Cuántos niños han sido trasplantados hasta la fecha?

AAC: Setenta y tres niños han sido trasplantados hasta el momento.

RMLM: En su formación ¿Quién cree usted que ha sido su maestro, la persona que ha influido en su formación?

AAC: El Dr. Gustavo Gordillo Paniagua.

RMLM: ¿Cuál cree usted que ha sido su principal aporte a la Nefrología Guatemalteca, especialmente a la Nefrología Pediátrica?

AAC: El que muchos niños sepan que hay quién los atiende de sus padecimientos del riñón, especialmente en lo que toca a trasplante y diálisis peritoneal. En el pasado muchos de estos niños eran diagnosticados en los hospitales regionales y les decían que no tenían cura y morían. Ahora llegan a nuestro servicio a recibir atención.

RMLM: Con respecto a la Asociación Guatemalteca de Nefrología, ¿Cuál cree usted que debe ser su función principal dentro del conglomerado de nefrólogos?

AAC: Creo que la AGN en primer lugar debe unir al grupo de nefrólogos. Debe buscar que la mayoría, sino todos los nefrólogos, sean miembros y participen en la AGN. Considero que la unión es muy importante. Creo que por el momento hay egoísmo y cada quien jala por su lado. Si alguna vez ocupamos un lugar un poco alto tratamos de echarle tierra a los que están abajo. Hay muchos nefrólogos que comienzan y que necesitan la ayuda de los que ya están establecidos. Ojalá la AGN lograra limar todas esas asperezas para que lleguemos a ser un grupo grande.

RMLM: ¿Cuál cree usted que es el principal reto de la Nefrología en Guatemala, específicamente de la Nefrología Pediátrica?

AAC: Prevenir, ese es nuestro mayor reto.

RMLM: Gracias doctora Arredondo por su tiempo.

2.12 Doctor José Vicente Sánchez Polo



Dr. Vicente Sánchez Polo con el autor. Fotografía tomada en diciembre del 2,009.

RMLM: Como te comenté previamente Vicente, la idea de este proyecto es que sistematicemos la historia de la Nefrología guatemalteca. Lo que hablemos será transcrito lo más literalmente posible, y si hay necesidad de editar, haremos que la idea principal se mantenga. Para empezar Vicente, ¿podrías darnos tu nombre completo?

JVSP: Mi nombre completo es José Vicente Sánchez Polo.

RMLM: ¿hace cuantos años regresaste al país, Vicente?

JVSP: Yo me entrené en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez en México, del año 93 al 95. Regresé en 1,995.

RMLM: ¿Y tus estudios previos al postgrado en Nefrología?

JVSP: Hice medicina general en la Universidad de San Carlos, y luego postgrado de medicina interna en el Hospital General del Seguro Social, y posteriormente Nefrología en México.

RMLM: ¿Cómo podrías describir el estado de la Nefrología en Guatemala, a tu regreso?
¿Cuáles eran las características más sobresalientes de la Nefrología en cuanto a diálisis, trasplante, medicamentos nuevos?

JVSP: Bueno, en realidad en un estado bastante incipiente. Como sabemos, el sistema nacional de salud se divide en Salud Pública y Seguro Social. El Seguro Social en aquel entonces contaba con una Unidad de Hemodiálisis de alrededor de unas doce máquinas y algunos pacientes crónicos. El programa de trasplante era de donador vivo, y estos eran bastante esporádicos: no se podría decir que era un programa como tal. La inmunosupresión era básica: Azatioprina y Prednisona.

En cuanto al Sistema de Salud Pública, estaba todavía regido por diálisis peritoneal aguda y algunos pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Había muy poco a nada de hemodiálisis crónica, y el programa de trasplante de donador vivo era lo que se encontraba en ese momento.

Sin embargo, podríamos decir que la fortaleza máxima de la Nefrología en esa época era la diálisis peritoneal. Eso era lo que más se hacía. Muy poco de diagnóstico, no había programas crónicos de hemodiálisis y no estaban desarrollados como programas formales los de trasplantes de donador vivo ni el de donador cadavérico. Y muchos menos los temas como prevención.

RMLM: Vicente, cuando uno piensa en la hemodiálisis crónica en Guatemala, uno no puede dejar de pensar en tu papel al sacar la hemodiálisis de los hospitales. ¿Podés contarnos acerca de ese acto pionero que iniciaste al sacar las unidades de hemodiálisis de los hospitales?

JVSP: Bueno, en realidad cuando uno está viviendo afuera, se da cuenta del avance de la ciencia y hacia dónde va la tendencia y los movimientos de ésta. Uno además, observa que la estadística y la epidemiología de la enfermedad renal no puede ser diferente en tu país, tiene que ser la misma o similar a la de otros países. Yo me entrené en México y allá la incidencia de Insuficiencia Renal Crónica Terminal en aquellas épocas andaba en los cien pacientes por millón de habitantes, hoy es mucho más. Luego entonces vine y me doy cuenta de que la unidad de hemodiálisis tiene diez máquinas y que tenemos que servir a alrededor de noventa pacientes y decís *“esto obviamente va a crecer y aquí no hay una estructura suficiente”*. Entonces la idea fue, primero, tratar de que el paciente no se muriera y luego, tratar de que el paciente tuviera una mejor calidad de vida. Cuando regresamos a Guatemala se hacían hemodiálisis sin un tratamiento de agua, no se utilizaba bicarbonato, era todavía con acetato. Los pacientes realmente no recibían el mejor tratamiento, se hacía lo que se podía con lo que había. Todavía dializábamos con filtros de cuprofán, en el año 95.

En el año de 1,996, con esa mentalidad de darle al paciente renal una mejor calidad de vida, fue que se implementó el sistema de Unidades de Hemodiálisis fuera de los hospitales. La idea era prepararlo mejor para un trasplante. O si el paciente no tenía una oportunidad de trasplante a corto plazo, dializarlo lo mejor posible. Lo que hicimos fue, ¿te recordás?, abrir una clínica que se llamó HEMOCENTRO, en septiembre del año 96. Contaba con veinte máquinas, con un tratamiento de agua adecuado. Se empezó a dializar a los pacientes de una mejor manera y fuimos los primeros en utilizar filtros más biocompatibles de bi y tri acetato de celulosa y de polisulfona.

Estando así las cosas, en una de las crisis que tuvo el Seguro Social, ellos colapsaron de un día para otro por falta de insumos. Las máquinas colapsaron, y tuvieron problemas serios. Recibimos una llamada indicando que, de un día para otro, íbamos a recibir veinte pacientes del Seguro Social. Y así fue como empezó a trabajar la clínica. Fue la primera clínica privada que le dio un servicio externo a pacientes del Seguro Social, y vino a botar el paradigma de que únicamente debía hacerse hemodiálisis en hospitales. Aquí el paciente venía de su casa, se le daba un tiempo de alimentación, se le dializaba y se le atendía por un médico nefrólogo o por un médico general. En algunos casos incluso se colocaban los catéteres de hemodiálisis y se atendían las emergencias. Y esa experiencia marcó, y resultó ser una excelente estrategia. Posteriormente me tocó abrir dos unidades de hemodiálisis más: Ciudad de Nápoles y Cedros del Líbano. Hay alrededor de noventa máquinas entre las dos unidades. Hoy por hoy son de las unidades más grandes no sólo del país, sino de América Central.

El objetivo de los que veníamos de esa época era que el paciente ya no muriera de uremia. Y eso se logró, de hecho a la fecha ya la Uremia no es la causa de muerte de los pacientes que atendemos en el Seguro Social: los pacientes pueden venir muy mal y pueden dializarse bien y se nos están muriendo de enfermedades cardiovasculares como en otras partes del mundo.

RMLM: Vicente, siempre hay personas que marcan nuestra vida, personas que podemos decir que son nuestros maestros. ¿Quiénes son en tu caso, esas personas que han marcado tu vida académica?

JVSP: Bueno, en primer lugar mi padre. Como médico que es, siempre me dio la oportunidad de poder desarrollar el área de medicina que a mí me gustara. Nunca me sesgó diciendo: *“tenés que ser médico”* o *“tenés que ser salubristas”* o *“tenés que ser cirujano”*. Él me dio la oportunidad de escoger. Me presentó con unos de sus buenos amigos, el Dr. Carlos Bethancourt, y yo hice mi tesis de medicina general con él en la Unidad de Hemodiálisis. O sea que yo sabía que quería ser nefrólogo desde que estaba en sexto año de medicina. Estaba ya muy enfocado, porque consideré que los pacientes con enfermedad renal crónica se merecían una oportunidad. Me tocó vivir de estudiante la etapa en la cual poníamos catéteres rígidos a los pacientes crónicos, llegando el momento en el cual ya no había dónde ponerles un catéter y el paciente moría por falta de tratamiento. Eso obviamente me marcó, marcó muchísimo mi vida. Me decía: *“yo creo que estas gentes se merecen una oportunidad”*. Nos ayudó muchísimo el salir de Guatemala. Nosotros fuimos el primer grupo de nefrólogos que regresó al país después de cómo diez años de que no había regresado nadie. En el extranjero tuve dos personas que me formaron. Una fue el Dr. Jaime Herrera Acosta (QEPD), a quien conociste bien. Él marcó mucho mi vida porque fue además de un maestro eminente, un excelente clínico y epidemiólogo. Fue un adelantado para su época. Nos instruyó mucho en el tema de progresión de la enfermedad renal, el cual manejaba muy bien. Cuando regresamos a Guatemala fue uno de los temas que empezamos a desarrollar, porque aquí no se manejaba. Todavía se controlaba la presión arterial como se controla habitualmente según las guías cardiológicas. Me recuerdo que en el año 96 que empezaron los ARA II, el primero fue losartán, yo tuve la oportunidad de ser uno de los primeros expositores en el tema y estudiar el tema de la angiotensina II. Difundíamos la idea entre mucha gente, incluidos los cardiólogos, de que esos medicamentos eran protectores de la enfermedad renal. Eso fue algo que en Guatemala tampoco se hablaba. El tema de progresión no existía, era un tema por el que nosotros empezamos a abogar. El papel de la proteinuria, el papel de la hipertensión, el papel de la hiperlipidemia... y eso lo aprendí directamente del Dr. Herrera, quien fue una autoridad en esto. Y luego una de las áreas que a mí me entusiasmó muchísimo fue la Nefrología en cuidado crítico. Creo que le aprendí al Dr. Tomasso Bochiccio, quien es una persona relevantísima en el tema del manejo del cuidado crítico, hiponatremias, hipernatremias, accesos vasculares, Nefrología invasiva, etc. Creo que ellos han sido mis mentores más grandes.

RMLM: Vicente yo te conocí en el Congreso Mundial de Nefrología en Argentina en el año 99. Desde ese entonces tu participación con la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) y tu participación en la política gremial/académica ha sido importante, ha marcado épocas. Fuiste el primer guatemalteco en ocupar un puesto

directivo en la SLANH, el primer guatemalteco vicepresidente regional ¿Cómo fue que te adentraste en esta política gremial/académica?

JVSP: Pues cuando nosotros, y aquí te incluyo a vos, asumimos la responsabilidad de la Asociación Guatemalteca de Nefrología (AGN), la asociación había pasado por un momento bastante estacionario, digámoslo así. Cada Nefrólogo hacía su trabajo en su lugar de acción, en hospitales públicos, en el Seguro Social, en sus clínicas, etc. Sin embargo como gremio, había muy poca interacción. Tanto a nivel local como internacionalmente había poca participación. Tradicionalmente se sucedía la presidencia de la AGN en el orden de acuerdo a como la gente había regresado al país. Me tocó en el año 2,001. Me recuerdo que cuando recibimos la AGN, le mandé un correo electrónico al presidente de la SLANH de ese entonces, el Dr. Sergio Mezzano. Me felicitó por el nuevo cargo y luego me decía: *“sólo que deben 5 años de membresía como país y no hemos sabido de Guatemala por mucho tiempo”*. Entonces así fue como empezamos a conectarnos, porque te recordarás que uno de nuestros principales objetivos era anclarnos hacia niveles internacionales: con la ISN y con la SLANH, principalmente. Precisamente en esa siguiente elección, y dadas las buenas relaciones con los colegas de la región y las propuestas que se hicieron, me correspondió como guatemalteco, asumir la vicepresidencia regional. Luego tuvimos el esfuerzo de las visitas de los doctores Dr. John Dirks y Jaime Herrera, precisamente que vinieron de parte de ISN para hacernos una visita de inspección. El acercamiento que tuvimos como AGN con esas personas, a través de esas gestiones, sirvieron muchísimo para la Nefrología local. También fue relevante el que empezáramos en el congreso de Costa Rica a llevar las primeras experiencias de lo que estábamos haciendo, eso fue en el año 2002. Fue algo muy interesante que en el VI Congreso Guatemalteco de Nefrología 2004, del cual fuiste presidente, hayamos podido conjuntar a los presidentes de la región centroamericana alrededor del Congreso local de Guatemala y traer profesores de la talla de Jaime Herrera Acosta, Bernardo Rodríguez Iturbe, Guillermo García García y Emanuel Burdmann. Obviamente hay muchas cosas que se van quedando, pero ese primer acercamiento en el que se oyera el nombre de Guatemala, fue importante. Después en Punta del Este en Uruguay, nos hicimos presentes, la gente supo que Guatemala era un punto de referencia en Centroamérica que podía aglutinar a la Nefrología centroamericana. Luego pues esto se consolidó con tu participación como presidente de la AGN, cuando realizamos el Congreso de Nefrología de Centro América y del Caribe acá en Guatemala el pasado abril 2,008. Creo que eso ha sido lo más importante que ha hecho la Nefrología de Guatemala hasta el día de hoy: el estar presentes, ser como líderes de opinión de la región en relación a muchas cosas. Se ha abierto el tema de Guatemala para hacer investigación clínica, para hacer los contactos extranjeros con la ISN y muchas otras cosas.



Copia del Programa del VI Congreso Nacional de Nefrología, Junio 2,004.

Texto: *VI Congreso Nacional de Nefrología, I Congreso Nacional de Enfermeros Renales "Dr. César Augusto Vargas Monterroso". Con el aval de la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN).*

RMLM: Vicente, viendo en perspectiva tu carrera, ¿Cuál dirías vos que ha sido tu aporte más importante a la Nefrología guatemalteca?

JVSP: Yo lo divido en tres áreas. Primero la hemodiálisis: desarrollamos un sistema de formación de técnicos de hemodiálisis que es el que hasta la fecha se lleva a cabo en las unidades privadas. Actualmente ya tenemos reconocido el escalafón de técnico de hemodiálisis y eso es muy importante. Ya no sólo era aquel enfermero que se va haciendo técnico empíricamente, sino que ya tenemos algunos que tienen un título universitario. Con algunos que trabajan conmigo en el Seguro Social, ya logramos que tengan su escalafón como técnicos de hemodiálisis. También en ese sentido, el tener tratamiento de agua, el uso de mejores filtros, sistematizar la hemodiálisis y accesos vasculares oportunos. Pasar de la etapa de "*me amaneció vivo el paciente*", a una etapa sistemática, en donde los modelos matemáticos se cumplen, donde tenemos sistemas de evaluación correctos. Yo creo que eso ha sido de lo más relevante. En segundo lugar, tratamos de sembrar el conocimiento de lo que es la progresión de la enfermedad renal, a nivel tanto de médicos internistas, como cardiólogos. Nuestros congresos se han caracterizado porque la prevención de la progresión de la enfermedad renal siempre es un tema central. Y un tercer elemento de lo cual yo estoy muy satisfecho, es en el tema del trasplante. El tema del trasplante es algo que cuando vine se hacía de una manera esporádica, hoy por hoy, contamos no sólo con programas de donador vivo, sino también de donador cadavérico. Esto ya con programas establecidos.

Ahora estoy trabajando como Jefe del Servicio de Nefrología del Seguro Social, y precisamente uno de los proyectos ya autorizados para arrancar en el 2,009, es el proyecto de prevención de la enfermedad renal en el Seguro Social. Tomaremos precisamente grupos de

pacientes con factores de riesgo, pacientes diabético, hipertensos e hiperlipémicos. Vamos a tratar de instruir a los médicos generales de las clínicas periféricas del Seguro Social, para que ellos detecten, usando el modelo del K-DOQI. Usando los cinco estadios de la enfermedad, el médico va a saber qué hacer con un paciente en estadio I-II y va a referir con nosotros los III-IV, esto es algo muy importante. Se va inaugurar la clínica de “Salud Renal”, donde solamente se van a ver pacientes en estadios III y IV, se hará accesos vasculares tempranos, catéteres de diálisis temprano, trasplante anticipado, manejo de fósforo-calcio y anemia en forma temprana. Esto nos va a dar lugar a hacer todo tipo de prevención. Estoy muy emocionado por eso, porque ir cambiando paradigmas y formas de pensar en el Seguro Social, es muy difícil. Sin embargo ya tenemos la autorización de un programa de prevención, eso es una urgencia. Estamos trabajando en el post grado de Nefrología de adultos en el hospital general del IGSS y sólo estamos pendientes de las plazas, que no nos las han dado, pero ya la USAC autorizó y esperamos empezar en el 2,010. Y la última cosa que me enorgullece, es decir que a partir de este año 2,009, empezaremos a hacer los primeros pasos para realizar trasplante de riñón y páncreas simultáneo. Nos lo echamos nosotros al hombro, porque pensamos que es el nefrólogo el que lo debe ver. Ya nos autorizaron el proyecto, se va a ampliar la unidad. Yo creo que eso va a ser algo que va a decir mucho. Pero esto es en el futuro, ahora estamos con el programa de trasplantes, trabajando con la legislación, con el presupuesto, con la inmunosupresión y todos estamos enfocados con la prevención.

RMLM: He tenido el privilegio de ver muy de cerca tu desarrollo profesional, tu desarrollo como ser humano también. Digo privilegio porque sos un ser humano bastante completo: tu proyección a nivel social es grande, tu capacidad relacional es tremenda, y lo que has logrado, lo has hecho en corto tiempo. Creo que es algo que hay que resaltar.

Viendo la historia de la AGN ¿Cuál creés que es el principal papel que debe jugar en el desarrollo de la Nefrología guatemalteca?

JVSP: Yo pienso que el principal papel es formar personas. Es decir, eso es en lo que la AGN debería enfocarse: formar un nefrólogo que sea completo, no sólo que sea académicamente bueno. Debería también ser un ente consultivo, un ente al cual pudieran consultar tanto los hospitales que hacen trasplantes, clínicas de diálisis, como los hospitales de Nefrología clínica. Pienso que la AGN debería ser el ente regulador en la formación de recursos. Yo creo que si nosotros no formamos recursos la AGN se queda únicamente como un ente académico, sin ningún tipo de voz, únicamente creciendo hacia adentro. La AGN debe proponer sistemas de prevención de la enfermedad, ser la voz de los pacientes mismos y tratar de mantenerse en un margen bastante ético. Pero ético no quiere decir sólo leyendo artículos, leyendo libros o discutiendo internamente, ético quiere decir, pronunciarse hacia la sociedad en relación a este tema tan importante que es la enfermedad renal.

RMLM: Ya para ir concluyendo la entrevista Vicente, ¿algún comentario que quisieras agregar?

JVSP: Dado que esto lo va leer mucha gente y lo van a leer estudiantes y público en general, quiero recordar y hacer hincapié en lo importante que es la prevención de la enfermedad en los

pacientes. Siempre he dicho que el nefrólogo es un médico que tiene un diferenciador y es que estamos cerca de los pacientes. Yo por eso estudie Nefrología, para estar cerca de la gente. Estamos conviviendo con los pacientes todo el tiempo: nos toca estar tres veces por semana con los enfermos, los trasplantados nos llaman cada 24 horas, cada vez que ellos quieren, estamos cerca de sus familias, vamos a sus bodas, a sus entierros, o sea, nos toca estar. Entonces el diferenciador más grande, aparte de que es una rama bellísima de la medicina, es que estamos con la gente, somos pastores de ellos, somos consejeros, los cuidamos, estamos todo el tiempo. Entonces yo sí creo que tanto el médico nefrólogo como la población en general, deben entender eso. Debe entender que el nefrólogo es una persona que debe estar desde la prevención hasta lo último de la enfermedad. Es importante que nosotros asumamos ese papel, no sólo ser dializólogos o trasplantólogos, sino que sobre todo, ser los médicos de los pacientes, sus amigos. Debemos estar muy relacionados con ellos en todo lo que hacemos.

RMLM: Gracias

Capítulo III

La Enfermedad Renal en Guatemala

3.1 Epidemiología de la Enfermedad Renal en Guatemala

Guatemala no cuenta a la fecha (2,010) con un Registro Nacional de enfermedades renales, pero los datos reportados al Registro de la SLANH sugieren una prevalencia real de 150 pmp (pacientes por millón de habitantes) en terapia de reemplazo renal (TRR). La prevalencia promedio reportada para Latino América es de 450 pmp (3, 10,11). Debido a que no existen motivos para pensar que Guatemala pueda tener una prevalencia diferente del resto de Latino América, es más razonable pensar que solamente el 35% de los guatemaltecos que sufren IRC son diagnosticados y reciben TRR. (3,10).

Los programas de hemodiálisis y diálisis peritoneal son brindados libres de costo a la población a partir del año 2,009, a través de la UNAERC (pacientes del MSPAS) y el IGSS (afiliados). La diálisis peritoneal es la modalidad de TRR predominante (73 pmp), seguida por la hemodiálisis (5 pmp) y el trasplante renal (30.4 pmp) (3, 10,11).

Hasta el año 2,009 había 20 nefrólogos que eran miembros activos en la AGN, para servir a una población de cerca de 14 millones de habitantes. La relación habitantes por nefrólogo (aproximadamente de 700,000 a 1) que existe en Guatemala, es una de las más altas en Latino América (10).

En cuanto a la población pediátrica es importante mencionar que el 60% de la población guatemalteca tiene menos de 20 años de edad y que el 37% (5 millones), tiene 12 años o menos (16). El IGSS provee cuidado pediátrico a los hijos de sus afiliados entre las edades de 0 a 5 años de edad y excepcionalmente provee extensiones, lo que significa que cerca del 100% de los niños que requieren TRR acuden a los servicios que se ofrecen a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La relación de número de niños por nefrólogo pediatra (cerca de 1 millón a 1) es una de las más altas de Latino América (9).

3.2 Principales Retos Identificados por los Pioneros

Fue hace casi medio siglo que vino el primer nefrólogo al país. Sin duda la Nefrología ha salido de su infancia y se encamina a su madurez. Mucho se ha logrado, sin embargo la comunidad de nefrólogos identificó durante la entrevista algunos retos puntuales que tendrán que ser enfrentados en el futuro inmediato, idealmente por actores renovados y las nuevas generaciones de nefrólogos formados en Guatemala.

A continuación se listan los principales retos identificados a través de las entrevistas, así como algunos comentarios pertinentes que permiten contextualizarlos:

- **Divulgación del la Enfermedad Renal Crónica como problema de Salud Pública:** El número de pacientes con enfermedad renal ha aumentado dramáticamente en el mundo. Guatemala no es la excepción. De acuerdo a proyecciones derivadas de estadísticas internacionales, en Guatemala dejamos de diagnosticar siete de cada diez guatemaltecos con necesidad de diálisis o trasplante (1). A pesar del número de vidas que cobra la enfermedad y de la inversión que representa el tratamiento de la misma, no existe una estrategia nacional para enfrentar el problema de forma integral. Probablemente lo anterior se deba a que en el “mundo en desarrollo” no se percibe a las enfermedades crónicas no transmisibles, como un problema de Salud Pública.
- **Prevención de la Enfermedad Renal:** La concepción actual de la Enfermedad Renal Crónica (ERC) como un continuo y no como una entidad nosológica estática, permite identificar ventanas de oportunidad para intervenir médicamente en el curso de la enfermedad. Estas ventanas de oportunidad, invitan a elaborar un programa integral de intervención que permita la prevención de la ERC en sus diferentes estadios de presentación. Este programa de intervención debería ser propuesto al Ministerio de Salud Pública por la Asociación Guatemalteca de Nefrología (AGN), como grupo colegiado los nefrólogos.
- **Aumentar la oferta de Terapia de Reemplazo Renal, especialmente Trasplante:** Mencionamos en uno de los párrafos anteriores que sólo tres de cada diez guatemaltecos con Insuficiencia Renal Crónica Terminal (ERC estadio 5), reciben tratamiento. En los últimos 20 años se han realizado en el país cerca de 700 trasplantes, sin embargo cada año se diagnostican cerca de 1,400 pacientes con ERC estadio 5 (12,13). Debido a que el trasplante es el tratamiento óptimo para la Insuficiencia Renal Crónica Terminal, se hace necesario desarrollar planes que permitan: 1) fortalecer los programas nacionales de trasplante, 2) mejorar la oferta de órganos a través de programas de trasplante cadavérico y 3) facilitar el acceso a terapias de inmunosupresión, desarrollando protocolos de tratamiento adecuados a nuestra realidad, que sean total o parcialmente subsidiados por el Estado.
- **Descentralizar los Servicios de Nefrología y Terapia de Reemplazo Renal:** Hasta hace poco, las unidades de Diálisis estaban ubicadas exclusivamente en la Ciudad Capital. Ahora ya se cuenta con algunas unidades en los Departamentos. Creemos que estas unidades deberían estar vinculadas a Servicios de Nefrología en los Departamentos, de tal forma que exista retroalimentación en ambas direcciones y se pueda dar un abordaje integral: desde prevención hasta tratamiento.
- **Papel de la Asociación Guatemalteca de Nefrología (AGN):** La AGN, como grupo colegiado de nefrólogos, puede tener mayor incidencia en la salud renal del pueblo guatemalteco. Los entrevistados puntualizaron que, para que la AGN cumpla sus fines, debe: 1) favorecer la unión del gremio, 2) ser un instrumento que facilite la actualización académica de sus asociados, y 3) debe ser el vehículo a través del cual la comunidad de nefrólogos eduque y se comunique con organizaciones médicas, académicas, políticas y público en general.

3.3 Lineamientos Generales para la Elaboración de un Plan de Acción Nacional para el abordaje de la Enfermedad Renal Crónica

La responsabilidad y reto principal del nefrólogo guatemalteco de principios del nuevo siglo será la prevención y/o identificación oportuna de la ERC. Para llevar a cabo esta misión, el nefrólogo guatemalteco del siglo XXI debe contar también con formación en epidemiología y con la habilidad necesaria para comunicar efectivamente conceptos de la ERC a colegas, público en general y creadores de políticas públicas.

Aunque el modelo de prevención de la enfermedad desarrollado por Level y Clark (Prevención primaria, secundaria y terciaria) fue creado para el abordaje de las enfermedades transmisibles, este modelo se aplica a la Enfermedad Renal Crónica (ERC). El modelo de Level y Clark, conjuntamente con la clasificación K/DOQI de la ERC en estadios, facilita la comunicación de varios conceptos importantes de la enfermedad tanto al público en general, como a los creadores de políticas públicas y administradores: *“que la ERC progresa”, “que en el curso de la ERC hay ventanas de oportunidad para la intervención”, “que intervenir tempranamente es costo-efectivo”...*

El modelo de prevención de la enfermedad de Level y Clark, facilitaría también la estructuración de un Plan que permita orientar y priorizar los esfuerzos para llevar Salud Renal a la población guatemalteca. A continuación se proponen, distribuidas de acuerdo a los niveles de prevención, algunos lineamientos y acciones. En algunos casos se incluyen instituciones o potenciales recursos que, de acuerdo a la experiencia, podrían sumarse al esfuerzo de desarrollar la Nefrología en el país. Para el desarrollo de este fin, se hace necesaria la creación de una infraestructura y una red inter institucional mínimos que permita la logística del proceso.

- **Prevención Primaria.**

De acuerdo a los niveles de prevención de Level y Clark, la **Prevención Primaria** es el conjunto de acciones tendientes a reducir la incidencia de una enfermedad en la población en general. Estas acciones deben dirigirse a reducir los factores de riesgo modificables en personas sanas.

- Centro de Estudios de Enfermedades Renales: Sería el núcleo de acopio de la información epidemiológica nacional, y el interlocutor para la gestiones de apoyo ante los diferentes organismos nacionales e internacionales (por ejemplo: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, Sociedad Internacional de Nefrología). Además, coordinaría los esfuerzos de las entidades involucradas en el desarrollo de la Nefrología en el país.
- Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y Estilo de Vida Saludable: Debido al fenómeno de la transición epidemiológica, las nuevas generaciones deberían estar familiarizadas con los conceptos de ECNT y Estilo de Vida Saludable. Es importante llevar estos conceptos a las aulas de educación primaria y secundaria, pero de forma muy importante a las aulas de las Escuelas de Medicina. Los pensa de estudios de la carrera de Medicina deberían contener conceptos

relacionados con la prevención de las ECNT y promoción de una Estilo de Vida Saludable. Este esfuerzo se puede realizar desde la Comisión Nacional de ECNT del MSPAS (que reúne a varias instituciones que trabajan en prevención y tratamiento de ECNT y al Ministerio de Educación) y desde la Comisión Interinstitucional de Acciones Conjuntas del Sector Académico y el Sector Salud (que reúne a los decanos de las escuelas de Medicina, OPS y MSPAS).

- Difusión de conceptos como “Salud Renal” y “Estilo de Vida Saludable”: En la sociedad guatemalteca, cada vez se ha ido difundiendo más el concepto de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (y dentro de ellas la ERC) como problema de Salud Pública, sin embargo es necesario abordar a la población también con propuestas positivas que les permitan tener mensajes concretos de cómo cuidar su salud (por ejemplo: *actividad física, nutrición balanceada, adecuada hidratación y evitar el tabaquismo*). En este sentido, la Comisión Nacional de ECNT del MSPAS podría iniciar el esfuerzo para que la Escuela Nacional de Educación Física y la Municipalidad de Guatemala (*Pasos y Pedales*) promuevan una campaña publicitaria masiva del concepto de “Estilo de Vida Saludable” utilizando la figura de deportistas guatemaltecos. Esta campaña publicitaria podría repetirse anualmente (“Día Mundial del Riñón”) para optimizar su alcance.
- Ley sobre Calidad de Alimentos: Así como se ha implementado la Ley del Tabaco, es muy importante que se regularice la calidad de las grasas, sal y azúcares consumidas por la población para disminuir el apareamiento de enfermedad cardiovascular y ERC secundaria. Este esfuerzo debe nacer de la Comisión Nacional de ECNT del MSPAS, buscando el apoyo de OPS/OMS.

- **Prevención Secundaria:**

En esta etapa se busca dirigir los esfuerzos a individuos afectados por la enfermedad, con el fin de evitar que ésta progrese. En el caso de la ERC, el esfuerzo estaría dirigido hacia una identificación del enfermo en estadios tempranos y a que el enfermo no aumente de estadio (de acuerdo a la clasificación K/DOQI).

- Post Grados Hospitalarios: Los programas de Residencia de especialidades médicas (Medicina Interna, Pediatría, Gineco-obstetricia y Cirugía) deberían incluir una serie de sesiones que arraiguen conceptos como: estadios K/DOQI de la ERC, progresión de la enfermedad renal, Nefrotoxicidad inducida por medicamentos y tratamiento del Daño Renal Agudo. Los Post grados de Pediatría y Gineco-obstetricia, así como la sub especialidad de Neonatología, incluirían también sesiones sobre diagnóstico y abordaje de Malformaciones Nefro-urológicas Congénitas. La AGN podría generar una lista de nefrólogos voluntarios y ponerla a disposición de los coordinadores de post grado.

- Asociaciones Médicas y Congresos: La AGN debe favorecer acercamientos con otras asociaciones médicas (incluyendo al Colegio Médico de Guatemala) con el fin de incluir temas nefrológicos relevantes en las actividades de educación médica continua (por ejemplo: estadios K/DOQI de la ERC, progresión de la enfermedad renal, Nefrotoxicidad inducida por medicamentos y tratamiento del Daño Renal Agudo). En el caso de las asociaciones de Neonatología, Obstetricia y Perinatología, se debe incluir el diagnóstico y abordaje de Malformaciones Nefro-urológicas fetales.
- Formación a Médicos Generales, otros proveedores de salud y Creación de Algoritmos: La manera óptima de utilizar un recurso humano limitado en número (El especialista en Nefrología) es a través de replicar el conocimiento. El personal de salud del nivel primario y secundario de atención debe recibir información digerida, en forma de guías prácticas y claras de atención, que les permitan identificar y tratar a pacientes en riesgo o con ERC. En estas guías se debe incluir también instrucciones precisas sobre cuándo y cómo referir a un paciente a otros niveles de atención. En la literatura se encuentran buenos ejemplos de cómo realizar este tipo de entrenamientos con personal de salud (17,18). Este esfuerzo podría ser liderado por la AGN, financiado por el CONCYT (Proyecto FACYT) y encaminado a través de la Comisión Nacional de ECNT dentro del MSPAS a fin de que sea una actividad oficial del Ministerio. En este sentido, es importante recordar la necesidad de evaluaciones y retroalimentación periódicas para que el esfuerzo perdure a través del tiempo.
- Sistema Nacional de Salud (Concepto de “Oportunidades Perdidas”): El número de pacientes diagnosticados con ERC en estadios avanzados y el costo de su tratamiento, justifica la instauración de medidas que nos permitan identificar pacientes en estadios tempranos aprovechando los contactos que puedan tener con el Sistema Nacional de Salud. Tales medidas podrían incluir: estimación de la Tasa de Filtración Glomerular a través de creatinina sérica, medición de presión arterial y examen de orina en todo paciente ingresado a un hospital por cualquier causa.
- Clínicas de Salud Renal: El seguimiento de pacientes identificados tempranamente (ERC 2 y 3) en los puestos y centros de salud, así como en los ingresos a hospitales, podrían ser seguidos en clínicas montadas para el efecto en las consultas externas de hospitales regionales. El objetivo de las Clínicas sería generar información sobre la epidemiología de la ERC, brindar tratamiento que permita enlentecer la progresión de la ERC y la referencia oportuna a los centros de atención especializada. Estas Clínicas de Salud Renal podrían ser atendidas por médicos generales o EPS de Medicina Interna y coordinadas por Residentes de los postgrados de Nefrología.

- Formación en Epidemiología para Nefrólogos: Una vez instaurados los mecanismos de identificación, referencia y contra-referencia, el nefrólogo se verá en la necesidad de procesar información epidemiológica que le permita tener una adecuada lectura de la realidad, que a su vez le ayude a reorientar recursos e implementar métodos de evaluación. Puede abordarse a la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH) y a la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN), para implementar localmente el Curso de Epidemiología para Nefrólogos que imparte la Asociación Renal Europea (ERA).
- Estudios Epidemiológicos: La ausencia de estudios epidemiológicos locales impide tener un diagnóstico certero de nuestra realidad con respecto a la ERC y los grupos de riesgo. Utilizando a las instituciones que componen a la Comisión Nacional de ECNT y al CONCYT como fuente de financiamiento (con el programa FODECYT o MULTICYT), se puede implementar una encuesta nacional que permita en el futuro inmediato focalizar esfuerzos en el área de prevención. También es imperativo contar con un Registro Nacional de ERC; pero debido a que este paso llevaría mucho tiempo implementarlo y alimentarlo, se podría realizar a través de la AGN, un estudio trasversal utilizando un censo de pacientes que asisten a las diferentes unidades que brindan terapia de reemplazo renal.
- Estudios de Tamizaje Poblacional: Aunque los estudios de tamizaje poblacional no han demostrado ser costo-efectivos, en el caso de Guatemala podrían ser realizados con el fin de ubicar áreas geográficas de mayor incidencia de ERC en sus diferentes estadios. Tanto el CONCYT como la Sociedad Internacional de Nefrología (ISN) a través de su Programa de Investigación y Prevención, podrían ser fuentes posibles de financiamiento.
- Identificación de ERC en grupos especiales: Existen algunos grupos de la población que por su distribución en racimos y sistemas de atención médica, permitirían la implementación rápida y costo-efectiva de tamizaje poblacional. Poblaciones como trabajadores de la Municipalidad de Guatemala, Ejército, Policía y algunas empresas, podrían ser tamizadas utilizando al personal que los atiende (servicio médico de la empresa, por ejemplo). El esfuerzo radicaría en instruir al personal de salud de la institución a cerca de métodos de tamizaje costo-efectivos y en delinear el mecanismo de referencia de pacientes identificados a las Clínicas de Salud Renal del sistema del Seguro Social.

- **Prevención Terciaria**

La prevención terciaria busca disminuir el número de muertes o secuelas debido a la enfermedad en aquellos pacientes captados en estadios avanzados (ERC 5 o Insuficiencia Renal Crónica Terminal).

- Ley de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT): A través de la Comisión Nacional de ECNT se debe iniciar el cabildeo necesario para la generación de una ley que asegure un nivel mínimo de atención para los pacientes afectados por ECNT. Esta ley brindaría el marco legal para instaurar programas oficiales de prevención e identificación oportuna, y aseguraría la disposición de fondos para el tratamiento de las ECNT dentro del MSPAS e IGSS. La ley debería incluir también la implementación de comités de ética institucionales en los hospitales y el cuidado del paciente al final de la vida (Cuidados Paliativos) dentro de las ofertas terapéuticas de las ECNT ofrecidas por el Sistema Nacional de Salud.
- Características Mínimas para la adecuada atención de pacientes con Terapia de Reemplazo Renal: Debido al alto coste que representa para el Estado la atención de pacientes con Terapia de Reemplazo Renal (TRR), es posible que el MSPAS siga el modelo del Seguro Social (IGSS) de compra de TRR a empresas con fines de lucro. Esto supone un peligro muy grande para los pacientes si no se cuentan con reglas claras que delimiten estándares mínimos de calidad de TRR. La AGN y la Unidad Nacional de Atención del Enfermo Renal Crónico (UNAERC) deberían establecer los estándares mínimos de atención de los pacientes con ERC estadio 5, en cuanto a calidad del agua para hemodiálisis, evaluación de la adecuación de la diálisis, tratamiento de la anemia, control del metabolismo mineral, control ácido base, presión arterial, control de lípidos, vacunas e infecciones. En los pacientes pediátricos se agregaría el control de crecimiento y desarrollo.

Conclusiones y Recomendaciones

Conclusiones

1. A través de las entrevistas realizadas se pudo establecer que la práctica de la Nefrología inició en Guatemala en el año de 1,964. El primer Servicio Hospitalario dedicado exclusivamente a la atención de pacientes con ERC se originó en el año de 1,974; sin embargo el primer trasplante renal se realizó en 1,982.
2. Los nefrólogos entrevistados identificaron los retos siguientes: 1) reconocer a la ERC como un problema de salud pública, 2) estructurar programas de prevención de la ERC, 3) aumentar la oferta de terapia de reemplazo renal, especialmente de trasplante y 4) descentralizar los servicios, llevando la atención a los departamentos de la República.
3. Para poder enfrentar los retos identificados, el nefrólogo guatemalteco del siglo XXI debe contar también con formación en epidemiología y con la habilidad necesaria para comunicar efectivamente conceptos de la ERC a colegas, público en general y creadores de políticas públicas. De esta forma se debe buscar la identificación oportuna de los enfermos como una política nacional de salud pública.
4. Se proponen lineamientos básicos que faciliten la elaboración de un Plan de Acción que permita orientar y priorizar los esfuerzos para llevar Salud Renal a la población guatemalteca, basado en el modelo de prevención de la enfermedad de Level y Clark. Para implementarlo se hace necesaria la creación de una infraestructura y una red inter institucional mínimos que permita la logística del proceso.

Recomendaciones

1. Se recomienda socializar la información compilada con los estudiantes de los post grados de Nefrología de Guatemala y con los nefrólogos jóvenes. Esto puede darse a través de presentaciones en los congresos médicos nacionales o en las clases de post grado.
2. Compartir esta información con los directores de los programas de post grado de Nefrología del país, a fin de que sea utilizada en la actualización del contenido curricular.
3. Utilizar el modelo de prevención de la enfermedad de Level y Clarel como el modelo teórico para entender la ERC. Esta forma de acercamiento al problema, facilitará la comunicación entre nefrólogos y creadores de políticas públicas/administradores de recursos.
4. Utilizar los lineamientos básicos propuestos como base que facilite la elaboración de un Plan de Acción que permita orientar y priorizar los esfuerzos para llevar Salud Renal a la población guatemalteca.
5. Encaminar los esfuerzos de los servicios hospitalarios de Nefrología para implementar la infraestructura y una red inter institucional que permita enfrentar los retos identificados por los pioneros.

Bibliografía

1. Cortés-Sanabria L, Cabrera-Pivaral CE, Cueto-Manzano AM (2008). Improving care of patients with diabetes and CKD: A pilot study for a cluster-randomized trial. *Am J Kidney Dis*, Vol 51, p. 777-788.
2. Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR (2009). Role of the primary health-care physician in diagnosis and treatment of patients with early renal damage. *Ethn Dis*. Vol 19(Suppl), p. 68-72.
3. Cusumano A, Di Giola C, Hermida O, Lavorato C (2005). The Latin American dialysis and renal transplantation registry annual report 2002. *Kidney Int*, Vol 97 Suppl, p.S46-S52.
4. El Nehas M. (2005). *Kidney diseases in the developing world and ethnic minorities*. EEUU, Taylor & Francis
5. Fresenius Medical Care. (2004) *ESRD Patients in 2003- a Global Perspective. Fresenius Medical Care Internal Survey*. Hamburg, Germany, p1-10.
6. Friedman E. (2009) Will Nephrologists use a wearable artificial kidney? *Clin J Am Soc Nephrol*, Vol 4, p. 1401-1402.
7. Garabed E (2000). *Historia de la Nefrología. Am J of Nephrol*, Vol 20, p.163-165.
8. George C (2002) Development of the Idea of Chronic Renal Failure. *Am J Nephrol*, Vol 22, p.231-239.
9. Grunber J (1998) Pediatric Nephrology workforce in Latin America. *Pediatr Nephrol* Vol 12, p. 796-798.
10. Lou-Meda R (2006). ESRD in Guatemala and a Model for Preventive Strategies: Outlook of the Foundation for Children with Kidney Diseases. *Renal Failure*, Vol 28, p.689-690.
11. Lou-Meda R (2010). Prevention of CKD in Guatemala. Foundation for Children with Kidney Diseases, FUNDANIER. *Clinical Nephrology* Vol 74, p.S126-S128.
12. Reporte 2009 del Programa Nacional de Enfermedades Crónicas no Transmisibles. MSPAS 2009.
13. Sabino, Carlos (2008). *Guatemala, la historia silenciada*. Guatemala, Fondo de Cultura Económica.
14. Seldin D (2002). Scientific Achievements of John P. Peters. *Am J Nephrol* Vol 22, p.192-196.
15. Tilney, N (2003). *Transplant*. EEUU, Yale University Press.
16. World Health Report, 2002.
17. www.ine.gob.gt Consultado en Agosto 2,009
18. <http://renux.dmed.ed.ac.uk/EdREN>

Apéndice

Cuadro Sinóptico de la Historia de la Nefrología en Guatemala

año	En Guatemala	En el Resto del Mundo
1,861		Thomas Graham acuñó el término "diálisis"
1,923		Ganter realizó la primera diálisis peritoneal
1,924		George Haas realizó la primera hemodiálisis en humanos
1,945		Kolff salva al primer paciente con su máquina de hemodiálisis
1,954		David Hume, Joseph Murray, J. Hartwell, Harrison y J.P. Merrill realizan el primer trasplante exitoso en Boston
1,960		Belding H. Scribner desarrolla la fístula arteriovenosa externa
1,964	Regresa el Dr. Vargas Monterroso, primer nefrólogo en Guatemala	
1,965	Probable regreso al país del Dr. José Manuel Arias Tejada	
1,966	Regresa al país el Dr. Óscar Cerdón	Se describe la técnica de Brescia Cimino para fístulas arterio venosas
1,968		Tenckhoff desarrolla el catéter blando que lleva su nombre.
1,968		Se define "Muerte Cerebral". Criterios de Harvard.
1,972	Regresa al país el Dr. Carlos Bethancourt	
1,974	El Dr. Cerdón Castañeda inicia el programa de Nefrología del IGSS. Se inicia la unidad de hemodiálisis en el IGSS. Regresa al país el Dr. César Galicia.	

1,976	Se funda la Sociedad de Nefrología de Guatemala	Moncrieff y Popovich desarrollan la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA)
1,978	Se inicia la hemodiálisis en el HGSJD (Dr. Bethancourt). Primer paciente guatemalteco en DPCA (Dr. Galicia)	Primeros reportes clínicos sobre el uso de ciclosporina
1,980	Regresa al país el Dr. Jorge Izaguirre	Teoría de la Hiperfiltración (Dr. Brenner)
1,981	Se funda en Guatemala la Asociación de Nefrología de Centro América	
1,982	Regresan al país los Drs. Manuel Toledo, Leonel de Gandarias y Alfredo Mollinedo. Primer trasplante renal en Guatemala (Dr. César Galicia)	
1,983	Se inicia la hemodiálisis en el Roosevelt (Dr. Toledo).	
1,984	Regresa al país el Dr. Alfredo Monzón	
1,985	Inicia el programa de trasplante renal en el IGSS (Dr. Córdón). Se empiezan a utilizar los catéteres temporales para HD (Dr. Alfredo Monzón)	
1,986		Uso clínico del Tacrolimus
1,987	Regresan al país el Dr. Gilberto Recinos y la Dra. Gladys de Herman	
1,988	Regresan al país el Dr. Luis Arroyo y el Dr. Roberto Ponsa Inicia programa de DPCA Pediátrica en el HGSJD (Dra. de Herman y Dr. Ponsa)	
1,989	Primeros trasplantes pediátricos en el HGSJD (Dr. Ponsa)	
1,990	Regresa al país la Dra. Alejandra Arrredondo	
1,992	Primeros trasplantes en adultos en el	

	HGSJD (Dr. Toledo). Primer intento de donación cadavérica en el IGSS (Dr. Mollinedo). Inicia programa de DPCA en el IGSS (Dr. Mollinedo)	
1,995	Regresa al país el Dr. Vicente Sánchez	Uso clínico del micofenolato
1,996	Se emite el decreto 91-96 sobre donación de órganos. (Dr. Toledo) Primer trasplante cadavérico exitoso en HGSJD (Dr. Toledo)	
1,997	Nace UNAERC	
1,999	Regresa al país el Dr. Randall Lou Meda	Uso clínico de la rapamicina
2,003	Inicia el Post grado de Nefrología de Adultos en el HGSJD (Dr. Toledo). Nace FUNDANIER (Dr. Lou Meda)	
2,006	Inicia el Programa de Donación Cadavérica en el IGSS (Dr. Mollinedo)	
2,007	Primera Sala de Hemodiálisis Pediátrica en Guatemala. FUNDANIER/H. Roosevelt (Dr. Lou Meda)	
2,008	Inicia el Programa de Trasplante Renal Pediátrico en el Servicio de Nefrología Pediátrica FUNDANIER/ H. Roosevelt (Dr. Lou Meda)	
2,009	Inicia el Post grado de Nefrología Pediátrica en FUNDANIER/ H. Roosevelt/ USAC (Dr. Lou Meda)	
2,011	Inauguración del Servicio de Nefrología, Hipertensión, Diálisis y Trasplante. Departamento de Pediatría. FUNDANIER/ H. Roosevelt (Dr. Lou Meda)	

Fuente: elaboración propia con datos proporcionados durante las entrevistas realizadas durante los años 2008-2011