

New York-Presbyterian The University Hospitals of Columbia and Cornell LIVER CONNECTION

Volume VI, Issue 3
Volumen VI, número 3

THE NEWSLETTER FOR LIVER TRANSPLANT
PATIENTS AND FAMILIES
EL BOLETÍN INFORMATIVO PARA LOS PACIENTES DE
TRANSPLANTE DE HÍGADO Y SUS FAMILIAS

Fall 2007
Otoño de 2007

Inside This Issue

- 3 Transplant News
Noticias de trasplantes
- 4 Silvia's Corner – Silvia Haflinger, MD
El rincón de Silvia – Silvia Haflinger, MD
- 7 Pediatrics – Kara Ventura, DrNP
Pediatria – Kara Ventura, DrNP
- 9 Medicare – Liz Blackler, LMSW
- 11 Welcome Back, Dr. Michael Goldstein
Bienvenido, Dr. Michael Goldstein
- 12 Educational Workshops
Talleres educativos
- 13 Post-Transplant Support Group
Grupo de apoyo postrasplante, Foro de las personas que
brindan cuidados
- 14 Local and National Resources
Recursos locales y nacionales
- 15 Area Support Groups
Grupos de apoyo de la zona

Mensaje de los editores

Es difícil pensar que se acabó el verano y ya llega el otoño pero esto nos recuerda que la vida es un constante cambio. Con los cambios de estación, vendrán además algunos cambios en el personal de NYPH. Sabemos que a veces los cambios pueden ser difíciles pero esperamos hacerle la transición tan suave como sea posible y estamos muy contentos con el crecimiento de nuestro programa.

- Felicitaciones al Dr. Schilsky por su nuevo nombramiento como director médico del programa de trasplante de hígado del Hospital Yale-New Haven. Mientras reemplazamos al Dr. Schilsky, el Dr. Brown se ha hecho cargo del cuidado de los pacientes del Dr. Schilsky del campus de Cornell. El Dr. Brown trabajará con Raquel Mahidashiti, enfermera especialista, candidata al doctorado en enfermería, que está terminando su año de beca de investigación en trasplante y enfermedad del hígado. Raquel es una enfermera especializada con gran experiencia en la práctica privada. Si usted es paciente del campus de Cornell y tiene algún problema después de horas hábiles, debe seguir llamando al 646-962-5483.
- Nos complace darle de nuevo la bienvenida al Dr. Michael Goldstein al campus de Columbia como cirujano adjunto. Puede leer más acerca del Dr. Goldstein en la página 11.
- Una cordial bienvenida a los nuevos becarios de hepatología y trasplante que llegaron en julio. Todos ellos desempeñarán un papel integral en su atención médica en el próximo año y los de hepatología estarán tanto en el campus de Columbia como en el de Cornell.
 - o El becario de hepatología, Dr. Brock MacDonald, nació en



Eric Whitman and his wife, Marjorie, walked in the New Jersey Liver Walk 2007. (Eric Whitman y su esposa, Marjorie, andado en la Caminata de Hígado de Nueva Jersey 2007.)

- Post-transplant patients, please mark Monday, December 3rd from 5-7pm on your calendars for our post-transplant holiday cocktail party. Invitations will follow with more information!
- Los pacientes post-trasplante, reserven por favor en sus calendarios el lunes, 3 de diciembre, de 5 a 7 pm para nuestra fiesta coctel de fin de año. ¡Se repartirán invitaciones con más información!

From The Editors

It's hard to believe that summer is over and fall is almost here but it just reinforces that life is in constant change. With the change in the seasons, you will also see some changes in staff at NYPH. We know change can be difficult but we hope to make these transitions as smooth as possible for you as we are all very excited about our growing program.

- Congratulations to Dr. Schilsky for his new position as medical director of the liver transplant program at Yale-New Haven Hospital. While we recruit a replacement for Dr. Schilsky, Dr. Brown has assumed the care of Dr. Schilsky's patients at the Cornell campus. Dr. Brown will be working with Nurse Practitioner, Raquel Mahidashiti, a DrNP candidate completing her 1 year fellowship in liver disease and transplantation. Raquel is a skilled nurse practitioner with significant experience working in private practice. As before if you are a patient of the Cornell campus and have a problem after hours, you should continue to call 646-962-5483.
- We are very excited to welcome Dr. Michael Goldstein back to the Columbia campus as an attending surgeon. Please read more about Dr. Goldstein on page 11.
- A big welcome to our new hepatology and transplant surgery fellows who joined us in July. They will all play an integral role in your care over the next year with the hepatology fellows playing a role at both the Columbia and Cornell campuses.
 - o Hepatology fellow, Dr. Brock MacDonald, was born in

CENTER FOR LIVER DISEASE AND TRANSPLANTATION

COLUMBIA UNIVERSITY MEDICAL CENTER ♦ 622 WEST 168TH STREET ♦ PH14 ♦ NEW YORK, NY ♦ 10032 ♦ 212-305-0914
NEW YORK WEILL CORNELL MEDICAL CENTER ♦ 1305 YORK AVENUE ♦ FOURTH FLOOR ♦ NEW YORK, NY ♦ 10021 ♦ 646-962-LIVE

From the Editors, continued Mensaje de los Editores (continuacion)

Calgary, Alberta y recibió su grado en fisiología de la Universidad de McGill en Montreal. De allí, completó la carrera de medicina en la Universidad de Columbia e hizo la residencia en medicina interna en el Hospital Presbiteriano de Nueva York-campus de Columbia. El año entrante, cuando termine la beca con nosotros, el Dr. MacDonald se irá a UCSF para completar su beca de investigación en gastroenterología.

- o El Dr. Mark Einstein, médico especialista en formación en el área de hepatología, nació en la Ciudad de Nueva York (NYC) y creció en Boston donde estudió en Tufts University y obtuvo su licenciatura en Economía. Regresó a NYC para asistir a la escuela de medicina en Mt. Sinai. Durante los últimos cuatro años, el Dr. Einstein estuvo en la University of Wisconsin en Madison donde terminó su período de residencia y trabajó en el VA Hospital. El Dr. Einstein está muy entusiasmado de regresar a NYC para aprender sobre la hepatopatía y atender a pacientes de trasplante de hígado. El próximo año regresará a Wisconsin para completar un programa de formación en el área gastrointestinal.
- o El Dr. Piotr Witkowski, becario de cirugía, se graduó de la Universidad de Medicina en Gdansk, Polonia, donde también completó su capacitación quirúrgica, su residencia y su PhD en ciencias quirúrgicas en 2000. Su trabajo científico como becario de posdoctorado en investigación en Columbia University entre 2001 y 2006 en trasplantes de células islote condujo a su participación en el primer trasplante clínico de células islote en la ciudad de Nueva York en 2004. El Dr. Witkowski tiene en su haber muchas publicaciones, entre ellas 44 artículos originales, 5 capítulos para libros y 50 resúmenes para conferencias; además ha recibido seis premios del área científica y becas de investigación.
- o El Dr. Seth Narins se encuentra en el segundo año de su beca de investigación sobre la cirugía de trasplante en el Hospital New York Presbyterian. Él ya ha completado la beca de investigación sobre la cirugía de trasplante renal y se incorporó al equipo de trasplante hepático en julio. El Dr. Narins completó su título universitario en la Universidad de Harvard donde obtuvo el título en Biología y, luego continuó su investigación en el Hospital Brigham and Women, Departamento de Hematología-Oncología, donde ayudó a dirigir el desarrollo de una nueva generación de medicamentos antiplaquetas. Completó su Doctorado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston y luego pasó a hacer una residencia en el Hospital de la Universidad de Hahnemann. Durante su residencia, el Dr. Narins completó un PhD en biopatología molecular en la Universidad de Drexel en Filadelfia antes de completar su residencia en la Universidad de Utah. Dr. Narins tiene distintos intereses, incluso las artes marciales, esquiar, tiro al plato, pesca, bucear, piragüismo en ríos, viajar, filmar y arte. También dedica tiempo a su esposa, animales domésticos y familia.

RECUERDE - Nos interesa mucho recibir historias de pacientes, antes y después del trasplante. También, si hay una organización relacionada con trasplantes o un evento que usted piense que sería un buen recurso para otros pacientes, háganoslo saber. Envíelo por correo electrónico (aim9003@nyp.org) o por correo postal a la dirección que aparece abajo.

Mensaje de los editores, continuó página 8

2

Calgary Alberta and completed his undergraduate degree in Physiology from McGill University in Montreal. From there, he completed medical school at Columbia University with an internal medicine residency at New York Presbyterian Hospital – Columbia campus. After finishing his fellowship with us, Dr. MacDonald will be heading to UCSF next year to complete his gastroenterology fellowship.

- o Dr. Mark Einstein, hepatology fellow, was born in New York City and grew up in Boston where he received his undergraduate degree in Economics from Tufts University. He returned to NYC to attend medical school at Mt. Sinai. For the past four years, Dr. Einstein has been at the University of Wisconsin-Madison where he completed his residency and worked in the VA hospital. Dr. Einstein is very excited to return to NYC to learn about liver disease and care for liver transplant patients. Next year, he will return to Wisconsin to complete a GI fellowship.
- o Dr. Piotr Witkowski, surgical fellow, graduated from the Medical University in Gdansk, Poland where he also completed his surgical training, residency and PhD in surgical science in 2000. His scientific research as a postdoctoral research fellow at Columbia University from 2001-2006 in islet transplantation led to his involvement in the first clinical islet transplant in New York City in 2004. Dr. Witkowski has many publications, including 44 original articles, 5 book chapters and 50 conference abstracts, in addition to six scientific awards and fellowship grants.
- o Dr. Seth Narins is in the second year of his transplant surgical fellowship at NYPH-Columbia. He completed his renal transplant surgical fellowship and joined the liver transplant team in July. Dr. Narins completed his undergraduate degree at Harvard University where he majored in Biology and then continued his research at Brigham and Women's Hospital, Department of Hematology-Oncology, where he helped to direct the development of a new generation of anti-platelet medications. He completed his Doctorate at Boston University School of Medicine and then moved on to a residency program at Hahnemann University Hospital. While in residency, Dr. Narins completed a PhD in Molecular Pathobiology at Drexel University before finishing his residency at the University of Utah. In addition to his passion for medicine and research, Dr. Narins has many varied interests including martial arts, skiing, trap shooting, fishing, snorkeling, whitewater canoeing, travel, film and art. He is also devoted to his wife, pets and family.

REMEMBER - We are very interested in receiving patient stories. This includes stories of patients who are waiting for transplant. Also, if there is a transplant related organization or event that you think would be a good resource to other patients, please let us know. Email (aim9003@nyp.org) or mail to the address below.

From the Editors, continued on page 8

CENTER FOR LIVER DISEASE AND TRANSPLANTATION

COLUMBIA UNIVERSITY MEDICAL CENTER ♦ 622 WEST 168TH STREET ♦ PH14 ♦ NEW YORK, NY ♦ 10032 ♦ 212-305-0914
 NEW YORK WEILL CORNELL MEDICAL CENTER ♦ 1305 YORK AVENUE ♦ FOURTH FLOOR ♦ NEW YORK, NY ♦ 10021 ♦ 646-962-LIVE

TRANSPLANT NEWS

TRANSPLANT NEWS

NOTICIAS DE TRANSPLANTES

2008 U.S Transplant Games

Nos complace informarles que el New York Presbyterian Hospital es uno de los principales patrocinadores del Equipo Liberty de la National Kidney Foundation. Como muchos ya saben, el Equipo Liberty será la participación de Nueva York/Nueva Jersey en los 2008 U.S Transplant Games (Juegos Norteamericanos de Personas Trasplantadas) que se llevarán a cabo en Pittsburg, Pensilvania del 11 al 16 de julio de 2008. Estos juegos son un evento tipo olímpico de cuatro días para las personas que hayan recibido trasplantes. Se celebra cada dos años con participantes de todos los Estados Unidos. Los atletas tienen la oportunidad de competir en muchos eventos diferentes tales como campo y pista, natación, golf, tenis, voleibol, ciclismo, ping-pong, bádminton, básquetbol y otros. Se invita a que compitan a todos aquellos que hayan recibido un trasplante de órganos con seis meses de anterioridad. Es una experiencia inolvidable para todos los que hemos recibido el "Regalo de la vida".

La misión de los Juegos de Personas Trasplantadas de la National Kidney Foundation ha sido demostrar el éxito de los trasplantes, honrar a los donantes y aumentar el conocimiento sobre la donación de órganos. Los Juegos se están celebrando desde 1990 y se han otorgado medallas en 41 eventos de 12 categorías. También hay ceremonias para honrar la generosidad de los donantes vivos y las familias de los donantes sin los que nada de esto hubiera sido posible.

El año pasado, en Louisville, Kentucky, el Equipo Liberty se unió a otros 7000 participantes en los juegos de 2006 y fue maravilloso ver lo buena que puede ser la vida después del trasplante. No se trataba de lo bien que uno podía salir en su evento sino más bien de cómo disfrutamos esta nueva vida camino a la recuperación. Desde la edad de dos años hasta los ochenta, compitieron todos aunque con diferentes niveles de habilidades y todo el mundo salió de los Juegos con la misma gran sensación de haber logrado algo.

Para más información, sírvase ponerse en contacto con John Rice al (718) 809-9071 o con Aimee Muth, LCSW al 212-305-1884.

We are happy to announce that New York Presbyterian Hospital is a major sponsor of the National Kidney Foundation's Team Liberty. As many of you know Team Liberty is the New York/New Jersey entry into the 2008 U.S Transplant Games held July 11-16th in Pittsburgh, PA. These games are a four-day, Olympic-style event for transplant recipients, held every two years, with participants from all over the United States. Athletes have the opportunity to compete in many different events such as track and field, swimming, golf, tennis, volleyball, cycling, table tennis, badminton, basketball, and others. All organ recipients who are six months post-transplant are invited to compete. It is the experience of a lifetime for those of us that have experienced the 'Gift of Life.'

The mission of the National Kidney Foundation's Transplant Games has been to demonstrate the success of transplantation, honor donors, and raise organ donation awareness. The Games have been held since 1990, with medals awarded in 41 events in 12 categories. There are also ceremonies to honor the generosity of live donors and donor families without whom none of this would be possible.

Last year in Louisville, Kentucky, Team Liberty joined 7000 other participants in the 2006 games and it was great to see how great life can be after transplant. It was not about how well you were able to do in your event, but more about how we enjoy this new life on our road of recovery. From ages two to eighty, all levels of ability competed with everyone leaving the Games with the same great feeling of accomplishment.

For more information, please contact John Rice (718) 809-9071 or Aimee Muth, LCSW at 212-305-1884.

Trabajadora social nueva en Cornell!

Como muchos pacientes de Cornell saben, Jennifer Keen ha estado trabajando medio tiempo como trabajadora social para los programas de trasplante hepático y de los riñones en Cornell durante los últimos tres años. Ambos puestos serán ahora tiempo completo debido a la extensión de los servicios de trasplante en Cornell. Annamarie Sorrentino será la trabajadora social tiempo completo en el programa de trasplante hepático y Jennifer continuará trabajando con los donantes de riñones. La transición ocurrirá alguna vez en septiembre.

Annamarie comenzó a trabajar en la unidad de trasplante renal en Cornell en junio de 2005 después de obtener una maestría en trabajo social de Hunter College. Puede comunicarse con ella al teléfono 212-746-3159 o por correo electrónico en ans9063@nyp.org. ¡Annamarie será una gran adición al equipo de Cornell!

New social worker at Cornell!!!

As many Cornell patients know, Jennifer Keen has been working in a part-time capacity as the social worker for both the liver and kidney programs at the Cornell campus for the last three years. With expanding transplant services at Cornell, both jobs have become full-time positions. Annamarie Sorrentino will become the full-time social worker for the liver transplant program, and Jennifer will continue working with kidney donors. The transition will occur sometime in September.

Annamarie began working on the renal transplant unit at Cornell in June of 2005 after earning her Master's Degree in Social Work from Hunter College. She can be reached at 212-746-3159 or by e-mail at ans9063@nyp.org. Annamarie will be a great addition to the Cornell team!!!

SILVIA'S CORNER

EL RINCÓN DE SILVIA

Acute and Chronic Complications after Liver Transplantation *Complicaciones agudas y crónicas después de un trasplante de hígado*

Silvia Hafliger, MD



Por fin ha llegado el día; recibió una llamada del cirujano que le ha pedido que vaya al hospital porque hay un hígado disponible. Algunos tendrán suerte y recibirán el hígado la primera vez que los llamen pero algunos tendrán que regresar a casa porque el hígado no pasó el cuidadoso examen del cirujano.

Es cierto que usted empezará una nueva vida al recibir el trasplante. Estará empezando a andar por una senda nueva llena de cierta incertidumbre.

- ¿Afectará al hígado nuevo la enfermedad subyacente (hepatitis C recurrente, cáncer, cirrosis biliar primaria, hígado graso [esteatosis hepática])?
- ¿Se presentará una infección (bacteriana o viral)?
- Las medicinas inmunodepresoras, ¿causarán complicaciones?
- ¿Le será posible permanecer comprometido a un estilo de vida sin drogas, alcohol y cigarrillos?
- ¿Le será posible controlar el peso y la diabetes?

La buena noticia es que a la mayoría de ustedes le irá bien. En los Estados Unidos, el índice de supervivencia por un año después de un trasplante de hígado es de 87.6% (datos de UNOS 2006 www.unos.org)

Los primeros días después de la cirugía lo que más nos inquieta son las complicaciones tales como sangramiento, trombosis vascular (coagulo sanguíneo en la arteria hepática), lesión a los canales biliares (por ejemplo, infección de la herida, neumonía, infecciones de las vías urinarias o infecciones del torrente circulatorio). Las complicaciones siguientes pueden ocurrir después del trasplante:

Rechazo agudo y crónico

En raras ocasiones, el hígado no funciona, no produce bilis y no puede limpiar la sangre de toxinas. Esto se llama fracaso principal del injerto o rechazo agudo. Si esto le sucede, se le pondrá inmediatamente en la lista para trasplantes clasificándolo en situación 1 y colocándolo a la cabeza de la lista de los que comparten su grupo sanguíneo. Se le volverá a hacer el trasplante en cuanto haya un hígado disponible.

Como el hígado nuevo nunca será suyo propio, las células inmunitarias (linfocitos) atacarán al hígado nuevo causando lesiones, muerte de células y cicatrización. Eso se llama rechazo y se previene con el uso diligente de medicamentos inmunodepresores. Si se toman estos medicamentos el 99 a 100% de las veces, es extremadamente raro que ocurra el rechazo crónico. Sin embargo, el rechazo crónico puede conducir a cirrosis del nuevo hígado y, por

The day has finally come; you received a call from the surgeon and are asked to come to the hospital as a liver is available. Some of you will be lucky and receive a liver on the first call, but some will have to return home because the liver did not pass the careful inspection by the surgeon.

A new life truly begins once you are transplanted. You are starting a new journey filled with some uncertainty.

- Will the underlying illness affect the new liver (recurrent Hepatitis C, cancer, Primary Biliary Cirrhosis, fatty liver disease)?
- Will you get an infection (bacterial or viral)?
- Will you have complications from immunosuppression medication?
- Will you be able to remain committed to a drug, alcohol and cigarette free lifestyle?
- Will you be able to control your weight and diabetes?

The good news is the majority of you will do well. One year survival rates in the United States are 87.6% following liver transplantation (UNOS data 2006, www.unos.org).

In the first few days after the surgery we are primarily concerned with complications such as bleeding, vascular thrombosis (blood clot in the hepatic artery), injury to bile ducts or infections (for example, wound infection, pneumonia, urinary tract infections or blood stream infections). The following complications can occur post-transplant.

Acute and Chronic Rejection

On rare occasions the liver does not function, does not produce bile, and is unable to detoxify the blood. This condition is called primary graft failure or acute rejection. If this happens you will be immediately relisted for transplant as a status 1, putting you at the top of your blood group list, and will be retransplanted with the next available liver.

Since the new liver is never your own body part, your immune cells (lymphocytes) will attack the new liver, causing injury, liver cell death and scarring. This is called rejection and is prevented by the diligent use of immunosuppression medication. If these medications are taken 99-100% of the time, chronic rejection is extremely rare.

Silvia's Corner, continued

lo tanto, pérdida del injerto.

Problemas con las vías biliares o reoperación

Si ocurre sangramiento interno después de la cirugía, tendrá que regresar a la sala de operaciones para que el cirujano pueda cerrar cualquier vaso sanguíneo por donde escape la sangre. Si cualquier vía biliar tiene cicatrices, ya no será fácil que la bilis salga del hígado. Esto causará que le aumente la bilirrubina y empezará a tener una apariencia amarillenta o de ictericia. Las constricciones de la vía biliar por lo general se pueden arreglar colocando un stent donde ocurre el bloqueo. Comúnmente, el radiólogo de intervención es el que hace eso. Si fracasa la colocación del stent, es posible que tengan que hacerle una operación, llamada Roux-en-Y, para reconstruir el canal colédoco.

Riesgo de hernias

Aunque la piel de la incisión se cura rápido, los músculos abdominales toman de semanas a meses para cobrar fuerza de nuevo. En más o menos el 30% de pacientes se presenta una debilidad, llamada hernia, en la pared del músculo abdominal. Los factores de riesgo para hernias en la incisión son infecciones en la herida, ascites masiva anterior al trasplante, obesidad o levantar cosas pesadas inmediatamente después de la cirugía y demasiado esfuerzo en el lugar de la incisión. Inicialmente, las hernias se tratan conservadoramente con fajas abdominales y control del peso. Solo se hará una reparación quirúrgica cuando exista el riesgo de que el intestino se le pegue a los músculos de la pared abdominal. Recuerde que el primer año después del trasplante es cuando el sistema inmunitario se encuentra en más peligro ya que es cuando se toman la mayor cantidad de medicamentos inmunodepresores y cualquier cirugía conlleva el riesgo de infecciones posiblemente mortales.

Hepatitis C

La infección de Hepatitis C no se cura con un trasplante de hígado. Solo unos meses después de la cirugía, de 2 a 6% de los pacientes después del trasplante puede sufrir un daño grave al hígado llamado hepatitis colestática fibrosante, causado por el virus de la hepatitis C. Hasta el 30% de los pacientes pueden presentar un daño hepático menos serio en los cinco años siguientes. No podemos predecir si, después del trasplante, su virus será agresivo o no. Los análisis de sangre y biopsias del hígado frecuentes nos ayudarán a determinar cómo se comporta el virus suyo. Si sospechamos cicatrización en el órgano nuevo, se le recetará Interferon y Ribavarin, a veces tan pronto como dos meses después del trasplante. Aún si no es posible eliminar el virus por completo, el tratamiento puede prevenir la cicatrización y puede normalizar las pruebas de funcionamiento del hígado.

Riesgos de cáncer— Enfermedad recurrente, cáncer de la piel y de la sangre

El trasplante es un tratamiento para el cáncer del hígado y no una cura. El riesgo de que recurra el cáncer en el hígado nuevo o en otras partes del cuerpo (pulmones, huesos) es mayor dependiendo de las condiciones siguientes:

- Un tumor mayor de dos pulgadas
- Varios tumores
- Niveles elevados del marcador de cáncer, alfafetoproteína.

Continúa en la siguiente página

Chronic rejection, however, can lead to cirrhosis of the new liver and, therefore, loss of the graft.

Bile Duct Problems or Re-Operation

If there is internal bleeding after the surgery, you will have to go back to the operating room so the surgeon can band off any leaking blood vessels. If a bile duct becomes scarred, bile will no longer leave the liver easily. This will cause an increase in your bilirubin and you will start to look yellow or jaundiced. Bile duct strictures usually can be fixed by placing a stent across the blockage. The interventional radiologist usually does this. If stent placement fails, you may have a bile duct reconstruction surgery, called a Roux-en-Y.

Risk of Hernias

Although the skin of the incision heals quickly, it takes weeks to months for your abdominal muscles to become strong. A weakness in the abdominal muscle wall, called a hernia, does occur in about 30% of patients. Risk factors for incisional hernias are wound infections, pre-transplant massive ascites, obesity or heavy lifting immediately after surgery, and placing undue strain on the incision. Hernias are initially managed conservatively with abdominal binders and weight control. Only when there is a risk of your intestine getting stuck in the abdominal wall muscles will there be a surgical repair. Remember the first year after transplant, your immune system is the most compromised as you are taking the most immunosuppression medications and any surgery carries risks of life threatening infections.

Hepatitis C

Hepatitis C infection is not cured with liver transplant. Within months after surgery, two to six percent of patients after transplant can have severe liver damage from the Hepatitis C virus called, fibrosing cholestatic hepatitis with milder liver damage over the next five years occurring in up to 30% of patients. We cannot predict if your virus will or will not be aggressive after transplant. Frequent blood tests and liver biopsies help us determine how your virus behaves. If we suspect scarring of the new organ, you will be placed on Interferon and Ribavarin sometimes as early as two months after transplant. Even if we are not able to completely eliminate the virus, treatment can prevent scarring and can normalize liver function tests.

Cancer Risks – Recurrent Disease, Skin and Blood Cancers

Transplant is a treatment, not a cure, for liver cancer. The risk of recurrent cancer in the new liver or other parts of your body (lungs, bones) is greater depending on the following conditions:

- Tumor that is greater than two inches
- Multiple tumors
- Elevated levels of the cancer marker, alpha feto – protein

Continued on next page

Silvia's Corner, continued

El tratamiento local del tumor no elimina todas las células cancerosas y solo se considera un puente hasta el trasplante. Con el cáncer, el tiempo es lo importante y éste se mide en meses, no años. El 40% de los pacientes ya tiene demasiada carga de cáncer para cuando se encuentre disponible un hígado y no podrán seguir siendo elegibles para el trasplante. A pesar de que usted se puede sentir divinamente y no lo agobian los síntomas de la cirrosis, no puede atrasar el ingreso en la lista ni dejar de aceptar un hígado nuevo. Mientras más tiempo estén las células cancerosas en el hígado, mayor el riesgo de metástasis.

Los que han sobrevivido el trasplante de hígado durante largo tiempo tienen el riesgo de que se les desarrolle un cáncer nuevo, por ejemplo de la piel y cánceres de la sangre poco comunes (enfermedad linfoproliferante postrasplante, conocida como PTLD por su sigla en inglés). El índice de que aparezca un cáncer nuevo es de 2.3% a 26%. El carcinoma de células escamosas o basales es el cáncer de la piel que nos encontramos con más frecuencia. Recomendamos visitas anuales al dermatólogo y el uso diligente de protector solar de por lo menos SPF30. También, los pacientes que han recibido un trasplante debido a la enfermedad hepática alcohólica tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer del esófago y lengua. Muchos años de haber estado expuestos al alcohol y al cigarrillo pueden contribuir a este mayor riesgo de cáncer.

Obesidad y diabetes

Alrededor del 20 al 30% de los pacientes con cirrosis pesan mucho más de lo debido al momento del trasplante y, lamentablemente, continuarán aumentando de peso después del trasplante. Algunas de las razones para el aumento de peso son la inactividad, mayor consumo de calorías, diabetes y los efectos de los medicamentos inmunodepresores.

El índice de diabetes postrasplante, especialmente en pacientes con Hepatitis C, es entre 10 y 50%. La diabetes se maneja con insulina, dieta y ejercicio. Muchos pacientes luchan con el cuidado de la diabetes y no la toman en serio. Por lo tanto, acortan sus vidas debido a insuficiencia cardíaca, renal y/o hepática. También sufren de daño permanente a los nervios de los pies y manos (neuropatía periférica) que les causa dolor y sufrimiento.

Insuficiencia renal crónica

La insuficiencia renal crónica se desarrolla hasta en el 20% de los pacientes que ya llevan cinco años de trasplantados como resultado de lesión a los riñones debida a los medicamentos inmunodepresores, especialmente los niveles elevados de Prograf o de Ciclosporina, la hipertensión y un aumento en los lípidos sanguíneos y diabetes. Vigilaremos la función renal (nivel de creatinina) cada vez que se le hagan los análisis de sangre. Si vemos que le aumenta la creatinina, es posible que le hagamos un ajuste a los medicamentos inmunodepresores que usted toma.

Enfermedad del corazón

Las enfermedades cardíacas (infarto cardíaco, latidos irregulares, insuficiencia cardíaca congestiva) pueden ser una causa importante de la mortalidad después del trasplante de hígado. Los factores de riesgo incluyen edad avanzada, pertenecer al sexo masculino, fumar, hipertensión, obesidad, inactividad y un metabolismo de lípidos afectado (aumento en el colesterol y los triglicéridos).

Local treatment of the tumor does not eliminate all cancer cells and is only considered a bridge until transplant. With cancer, time is of the essence and is measured in months not years. Forty percent of patients have too much cancer burden by the time a liver becomes available and will no longer be eligible for a transplant. Although you may feel great and are not burdened by symptoms of cirrhosis you cannot delay listing or delay accepting a new liver. The longer cancer cells remain in your liver the greater the risk of metastasis.

Long-term survivors of liver transplant face risks of new cancers developing, for example skin and rare blood cancers (post-transplant lymphoproliferative disease, also called PTLD). Rates of new cancers range from 2.3%-26%. Squamous cell or basal cell carcinoma are the most frequent skin cancers encountered. We recommend yearly dermatology visits and diligent use of sunscreen with at least SPF 30. Further, patients who were transplanted for alcoholic liver disease are at higher risk to develop cancers of the esophagus and tongue. Many years of alcohol and cigarette exposure may contribute to this increased cancer risk.

Obesity and Diabetes

About 20-30% of patients with cirrhosis are very overweight at the time of transplant and, unfortunately, continue to gain weight after transplant. Inactivity, increased caloric intake, diabetes and effects of immunosuppression medication are some of the reasons for the weight gain.

Post-transplant diabetes, especially in patients with Hepatitis C infections, ranges from 20-50%. Diabetes is managed with insulin, diet and exercise. Many patients struggle with diabetes care and do not take it seriously, thereby shortening their life due to heart, kidney and/or liver failure, not to speak of, permanent nerve damage in feet and hands (peripheral neuropathy) causing pain and suffering.

Chronic Renal Insufficiency or Renal Failure

Chronic kidney failure develops in up to 20% of patients within five years of transplant, as a result of injury to kidneys from immunosuppression medication especially high levels of Prograf or Cyclosporine, hypertension, increased blood lipids and diabetes. We will monitor your kidney functions (creatinine level) every time you have blood work done. If we see an increase in your creatinine, we may adjust your immunosuppression medication.

Heart Disease

Heart disease (heart attack, irregular heart beat, congestive heart failure) can be a major cause of mortality after liver transplant. Risk factors include advanced age, male gender, smoking, hypertension, obesity, inactivity and impaired lipid metabolism (increased cholesterol and triglycerides).

continued on page 8

continúo página 8

PEDIATRICS

PEDIATRICS

PEDIATRÍA



Post-traumatic stress disorder

El Trastorno por Estrés Postraumático

Kara Ventura, DrNP

El Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD por su sigla en inglés) es un estado sumamente incapacitante que puede presentarse después de que una persona haya estado expuesta a un suceso o situación traumática durante la cual sufrió daño físico o se le amenazó con el mismo. La incidencia del PTSD en los niños que van a pasar por varias intervenciones médicas o quirúrgicas se ha definido muy bien en las publicaciones médicas. A pesar de que inicialmente se pensó que solo estaba vinculado con desastres de la naturaleza, guerra y experiencias tales como el abuso sexual deshonesto, el PTSD se ha descrito de modo que incluya a pacientes que han pasado por una variedad de factores estresantes, incluso enfermedades potencialmente mortales. Los niños pueden sufrir PTSD por diferentes razones entre las que se incluyen, estadías prolongadas en unidades de cuidados intensivos, intubaciones (necesidad de un tubo para respirar), sentir dolor, incapacidad de comunicar sus necesidades y temores a los empleados y estrés emocional. Aunque la mayor parte de las publicaciones médicas examinadas describen el PTSD en pacientes de cáncer pediátrico y aquellos que han recibido un trasplante de médula ósea, el surgimiento de lo que se ha descrito como procedimientos de "alta tecnología" tales como el trasplante de órganos ha provocado investigaciones para analizar las experiencias de esos niños. Se puso en tela de duda si la posibilidad inherente de muerte en los niños que van a pasar por un trasplante es una experiencia lo suficientemente traumática para que desarrollaran PTSD.

Las publicaciones médicas que describen el PTSD en los niños que han recibido trasplante de órganos sólidos están limitadas por solo cuatro estudios que se han llevado a cabo a la fecha y de los que solo tres están relacionados con el trasplante de hígado. El trasplante de hígado cumple con los criterios de trauma ya que en el trasplante de hígado hay que pasar por un procedimiento quirúrgico serio con estadías extensas en la unidad de cuidados intensivos, una cicatriz desfigurante y se le hace a pacientes que padecen de una enfermedad aguda o crónica posiblemente mortal. Teniendo en cuenta el requisito diario de recibir inmunosupresores de por vida después del trasplante, los niños pueden volver a vivir la experiencia y trauma del trasplante todos los días.

Es importante identificar el PTSD en un niño ya que puede tener un efecto negativo en el desarrollo y funcionamiento del niño. El PTSD también puede afectar la salud psicológica del niño, incluso su vida escolar y la interacción con sus amigos y familia.

Es importante que los padres mencionen cualquier preocupación sobre la conducta de su hijo ya que los resultados de las investigaciones indican que los padres perciben el PTSD como

continúa en la siguiente página

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is an extremely disabling condition that can occur after a person is exposed to a traumatic event or situation during which physical harm occurred or was threatened. PTSD in children undergoing various medical and surgical interventions has been well-defined in the literature. Though initially thought to be solely linked to natural disasters, war and experiences such as sexual molestation, PTSD has been described to include patients who have experienced a variety of stressors including life-threatening diseases. Children can experience PTSD for various reasons including, prolonged intensive care unit stays, intubations (requiring a breathing tube), experiencing pain, inability to communicate their needs and fears to staff, and emotional stress. While the majority of literature reviewed describes PTSD in pediatric cancer patients and those who have undergone a bone marrow transplant, the emergence of what is described as "high tech" procedures such as organ transplantation prompted research to analyze these children's experiences. The inherent possibility of death in children undergoing transplantation was questioned as to whether this experience was traumatic enough to develop PTSD.

Literature describing PTSD in children who have received solid organ transplantation is limited with only four studies to date being described, only three of which pertain to liver transplantation. Liver transplantation can meet the criteria for trauma as liver transplantation involves a major surgical procedure with extended intensive care unit stays, a disfiguring scar and is performed on patients who have either an acute or chronic life-threatening illness. Considering the daily requirement of lifelong immunosuppressants after transplantation, the experience and trauma of transplantation can be relived in children each day.

It is important to identify PTSD in a child as it can have a negative effect on a child's development and functioning. PTSD can also affect a child's psychological health, including their school life and interactions with their friends and family.

It is important for parents to bring up any behavioral concerns they have for their child as research results indicate parents perceive PTSD as less than an issue than the children experiencing it. This is important to clinicians as it makes it even more important to have direct interviews and assessments with the pediatric patient as only they can describe their symptoms best. Parental reports may contain bias; represent denial or repression from their own experience of the transplantation.

continued on next page

Pediatrics, continued

algo de menor importancia que los niños que lo tienen. Eso es importante para los médicos clínicos ya que hace que sea todavía más valioso llevar a cabo entrevistas y evaluaciones directas con el paciente pediátrico ya que solo ellos pueden describir bien sus síntomas. La información proporcionada por los padres puede tener su sesgo; representar la negación o represión de su propia experiencia después del trasplante.

Algunas señales de PTSD que los padres pueden buscar en sus hijos son regreso mental a momentos atemorizantes en el hospital, malos recuerdos, pesadillas o pensamientos que los asustan. Esos recuerdos pueden ser tan serios y dar tanto miedo que es posible que el niño no quiera tomar sus medicamentos ni regresar más nunca al hospital.

Diariamente, tratamos de minimizar el temor y de promover una sensación de seguridad en sus hijos mientras están en el hospital o los examinen en el consultorio. A pesar de nuestras intenciones, con frecuencia los niños siguen temiendo a los empleados y se cansan de verlos. Es importante hablar sobre este temor en las visitas al consultorio para que su hijo se sienta lo más cómodo y seguro que pueda.

Some signs of PTSD that parents can look for in their children are of flashbacks from scary times in the hospital, bad memories, nightmares or frightening thoughts. These memories may be so frightening and severe the child may not want to take their medication or ever return to the hospital.

We try daily to minimize fear and promote a feeling of safety for your children while they are in the hospital or seen in the office. Despite these attempts, children are often still fearful and weary of staff. It is important to discuss this fear at your office visits so your child feels as comfortable and secure as possible.

Silvia's Corner, continued

Osteoporosis

La osteoporosis, o huesos debilitados, es una complicación temida especialmente en pacientes que tienen cirrosis biliar primaria o colangitis esclerosante primaria. La osteoporosis puede causar que ocurran fracturas durante los primeros seis meses después de la cirugía y por lo general son los huesos de la columna vertebral los afectados. ¡La buena salud ósea empieza antes del trasplante! Evaluaremos la salud de sus huesos con una prueba de densidad ósea y es posible que le digamos que tome 1200mg de calcio con vitamina D todos los días, que participe en ejercicio físico con regularidad y le pediremos que deje de fumar. Además del calcio, también puede hasta tomar medicamentos, tales como Fosamax o Actonel, para evitar la pérdida de hueso.

Recuerde que estas son complicaciones posibles y que no les pasan a todos los pacientes. La asociación a su equipo de trasplante y un compromiso vitalicio con su cuidado son la clave del éxito.

Osteoporosis

Osteoporosis or, weakening of the bones, is a feared complication especially in patients who have primary biliary cirrhosis or primary sclerosing cholangitis. Osteoporosis can lead to fractures within the first six months after surgery and usually involves the bones in the spine. Good bone health starts before transplant! We will assess the health of your bones with a bone density test and may tell you to take 1200mg of calcium with vitamin D every day, engage in regular physical exercise and urge you to stop smoking. In addition to calcium, you may even take medication, such as Fosamax or Actonel, to prevent bone loss.

Remember these are possible complications and do not happen to all patients. Partnership with your transplant team and a life-long commitment to care is a key to success.

From the Editors, continued

Thank you for all your patience with the delay in the newsletter printing and workshop schedules while we tried to find better space to accommodate our growing educational workshops. While not directly on campus, we think you will find the space to be much more comfortable. The Fall educational workshops will take place at:

Gracias a todos por su paciencia con la demora de la impresión de esta boletín informativo y de la programación de los talleres mientras tratábamos de buscar un mejor espacio para acomodar todos los talleres educativos. Aun cuando no son directamente en el campus, creemos que el espacio les parecerá mucho más cómodo. Los talleres educativos del otoño se llevarán a cabo en:

The Naomi Berrie Diabetes Center at Columbia University Medical Center
Russ Berrie Medical Science Pavilion
1150 St. Nicholas Avenue (at 168th Street), Conference Room 2 (Sala 2)
New York, NY 10032

La avenida St. Nicholas va paralela a Broadway y el estacionamiento está directamente detrás del edificio. Hay una estación del subway (trenes A,C,1) en frente del edificio y una parada de autobús para las líneas M3, M100 y BX7.

St. Nicholas Avenue is parallel to Broadway with parking directly behind the building. There is subway train access (A,C,1 trains) in front of the building as well as a bus stop for the M3, M100 and BX7 lines.

Medicare Savings Plan

Medicare Savings Plan

Liz Blackler, LMSW

El plan de Medicare es una cobertura de seguros para las personas que tengan por lo menos 65 años de edad o que tengan ciertas discapacidades. La mayoría de la gente tiene derecho a participar en el programa de Medicare después de haber estado recibiendo ingresos de seguridad suplementarios (SSI por su sigla en inglés) durante 18 meses.

El plan Medicare Parte A (también conocido como Seguro de Hospital) automático y ayuda a cubrir hospitalizaciones, instalaciones de enfermeras especializadas mientras está internado, asistencia a la salud en el hogar y servicios de cuidado para enfermos terminales (hospicios) Hay copagos relacionados con la cobertura de la Parte A.

El plan de Medicare Parte B (también conocido como Seguro Suplementario de Medicare) proporciona cobertura para diferentes servicios médicos y para cuando es paciente ambulatorio. También paga por equipo médico duradero, prótesis, abastecimientos relacionados con servicios médicos y transporte en ambulancia. La Parte B es opcional; las primas mensuales en el 2007 ascienden a \$93.50. Las personas que tengan ingresos de más de \$80,000 están sujetas a primas mensuales más altas.

Si la persona tiene Medicare cuando se vaya a hacer el trasplante, la Parte B cubre el 80% de los medicamentos inmunodepresores postrasplante. Es extremadamente importante que todos los pacientes de trasplantes (si reúnen los requisitos para recibir Medicare) compren la cobertura Parte B. La mayoría de las pólizas para medicinas despachadas con receta médica, incluso las pólizas de Medicare Parte D, **NO** pagarán por medicamentos inmunodepresores si el paciente reunía los requisitos para la cobertura Parte B al momento del trasplante. Esto quiere decir que el paciente tiene la responsabilidad económica de su inmunodepresión (se calcula un costo de \$5,000 mensuales el primer año) hasta que se active la cobertura Parte B. El costo de la Parte B aumenta un 10% por cada período completo de 12 meses en que la persona se podía haber inscrito para recibir cobertura Parte B pero no lo hizo. Le inscripción general en la Parte B se realiza entre el 1° de enero y el 31 de marzo todos los años la cobertura no se activa hasta el 1° de julio.

Los planes de Medicare Parte A y Parte B no tienen una cobertura de seguro adecuada para la mayoría de la gente, especialmente para los pacientes de trasplantes, porque solo cubren hasta el 80% de los servicios. Eso quiere decir que la persona tiene la responsabilidad de pagar el 20% restante. La mayoría de la gente compra cobertura Medicare suplemental (Medigap, HMO).

Programas de Ahorro de Medicare

Los Programas de Ahorro de Medicare (MSP por su sigla en inglés) pagan por algunos de los costos asociados con Medicare: primas de la Parte B, penalidades por inscribirse después del plazo, deducibles y coseguro. Los requisitos para tener derecho a los mismos están basados en los ingresos de la persona. Se puede presentar la solicitud para los MSP a través del Medicare Rights Center (Centro de Derechos de Medicare) al 1-888-795-4627. También hay trabajadores sociales dedicados a trasplantes a la disposición de quien los necesite

continúa en la siguiente página



It is with both regret and anticipation that I bid my farewell. My last day as a liver transplant social worker at the CLDT is Friday October 19, 2007. The last 3 years have been invaluable. I want to take this opportunity to thank each and every one of you for an amazing experience; you have touched my life and will not soon be forgotten. We are in the process of hiring a replacement. I wish you all the best, thank you. - Liz Blackler

Anuncio mi despedida con pesar y anticipación. Mi último día como trabajadora social en la unidad de trasplante hepático en el CLDT será el viernes, 19 de octubre de 2007. Los últimos tres años han sido invaluable. Quiero tomar esta oportunidad para agradecer a cada uno de ustedes la experiencia increíble que me han dado, han impactado mi vida y será algo que no olvidaré. Estamos en el proceso de contratar a alguien para el puesto. Les deseo lo mejor, gracias.- Liz Blackler

Medicare is insurance coverage for individuals who are at least 65 years old or have certain disabilities. Most people are eligible for Medicare after they have been receiving Social Security Disability for 18 months.

Medicare Part A (also known as Hospital Insurance) is automatic and helps cover inpatient hospitalization, inpatient skilled nursing facilities, home health care, and hospice services. There are copayments associated with Part A coverage.

Medicare Part B (also known as Supplementary Medicare Insurance) provides coverage for a variety of outpatient and physician services. It also pays for durable medical equipment, prosthetic devices, supplies incident to physician's services, and ambulance transportation. Part B is optional; monthly premiums for 2007 are \$93.50. Individuals with incomes more than \$80,000 are subject to higher monthly premiums.

If individuals have Medicare at the time of transplant, Part B covers 80% of post-transplant immunosuppressant medications. It is extremely important that all transplant patients (if they are eligible for Medicare) purchase Part B coverage. Most prescription drug policies, including Medicare Part D policies, **WILL NOT** pay for immunosuppressant medications if the patient was eligible for Part B coverage at the time of transplant. This means that the patient is financially responsible for their immunosuppression (estimated cost is \$5,000 per month for the first year) until Part B coverage is activated. The cost of Part B goes up 10% for each full 12-month period that individuals could have signed up for Part B but did not. General enrollment for Part B is between January 1 and March 31 of each year; coverage is not activated until July 1.

Medicare Part A and B is not adequate insurance coverage for most people, especially transplant patients, because it only covers services at 80%. This means that the individual is responsible for the remaining 20%. Most people purchase supplemental Medicare coverage (Medigap, HMO).

Medicare Savings Programs

Medicare Savings Programs (MSPs) pay for some of the costs associated with Medicare: Part B premiums, late enrollment penalties, deductibles, and coinsurance. Eligibility is based on income. Individuals can apply for MSPs through the Medicare Rights Center (1-888-795-4627). Transplant social workers are also available to assist as needed.

Medicare Savings Plan, continued

**Pautas de elegibilidad para el Programa de Ahorros de Medicare:
Medicare Savings Program Eligibility Guidelines:**

| | Límite de ingresos mensuales brutos en 2007 2007 Gross Monthly Income Limits | | Límite de bienes en 2007 2007 Asset Limits | |
|---------------------|---|-----------------------|---|-----------------------|
| Programa Program | Una persona Individuals | Una pareja Couples | Una persona Individuals | Una pareja Couples |
| QI-1 | \$1,169 | \$1,560 | No limit | No Limit |
| SLMB | \$1,041 | \$1,389 | \$4,000 | \$6,000 |
| QMB | \$871 | \$1,161 | \$4,000 | \$6,000 |
| Medicaid | \$720 | \$920 | \$4,200 | \$5,400 |

QI-1 (Siglas en inglés del programa para personas calificadas)

El programa QI-1 paga las primas mensuales y las penalidades de la Parte B. Es posible que aquellas personas que soliciten participar en el programa QI-1 tengan derecho a recibir hasta 3 meses de beneficios retroactivos. Los que participen en el programa se tienen que volver al certificar una vez al año (por lo general, en diciembre).

SLMB (Siglas en inglés del programa de beneficiarios de Medicare con ingresos bajos específicos)

El SLMB paga las primas y penalidades de Medicare Parte B. Es posible que aquellas personas que soliciten participar en el programa SLMB tengan derecho a recibir hasta 3 meses de beneficios retroactivos. Las personas que participan en el programa tienen que ser certificadas de nuevo cada 12 meses contados a partir del mes en que presentaron la solicitud. Las personas que tiene elegibilidad doble (Medicare y Medicaid) recibirán un solo formulario para renovar la certificación del SLMB y de Medicaid.

QMB (Siglas del programa para beneficiarios de Medicare calificados)

El QMB paga por las primas y penalidades de Medicare Parte B más el coseguro y deducibles de los médicos que están incluidos en la red. Las personas que participan en el programa tienen que ser certificadas de nuevo cada 12 meses contados a partir del mes en que presentaron la solicitud. Las personas que tiene elegibilidad doble (Medicare y Medicaid) recibirán un solo formulario para renovar la certificación tanto del QMB y de Medicaid.

Medicaid

El Medicaid paga los deducibles y el coseguro de los médicos que están incluidos en la red. Los que reciben Medicaid no tienen que pagar las primas mensuales de Medicare Parte B a menos que tengan lo que se llama "Spend-down" en inglés (gastos incurridos que igualan el ingreso excesivo). En tal caso, las primas de Medicare cuentan para el "Spenddown" de Medicaid. Sírvase ponerse en contacto directo con la Oficina de Medicaid si cree que está pagando una prima Parte B por error.

continúa en la siguiente página

Qualifying Individual -1 (QI-1) Program

QI-1 pays for monthly Part B premiums and penalties. Individuals applying for QI-1 may be eligible for up to 3 months in retroactive benefits. Individuals must recertify once per year (usually in December).

Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB) Program

SLMB pays for Medicare Part B premiums and penalties. Individuals applying for SLMB may be eligible for up to 3 months retroactive benefits. Individuals must recertify 12 months from the month the application was submitted. Dual eligible individuals (Medicare and Medicaid) will receive one recertification form for both SLMB and Medicaid.

Qualified Medicare Beneficiary (QMB) Program

QMB pays for Medicare Part B premiums and penalties plus coinsurance and deductibles for in-network doctors. Individuals must recertify 12 months from the month the application was submitted. Dual eligible individuals (Medicare and Medicaid) will receive one recertification form for both QMB and Medicaid.

Medicaid

Medicaid pays Medicare deductibles and coinsurance for in-network doctors. Individuals with Medicaid do not have to pay monthly Medicare Part B premiums unless they have a Spenddown. In that case, Medicare premiums count towards Medicaid Spenddown. Please contact the Medicaid Office directly if you feel that you are paying a Part B premium in error.

continued on the next page

BIENVENIDO

El Dr. Michael Goldstein es Profesor asistente de cirugía y Director quirúrgico del Programa de Trasplante Incompatible del Colegio Médico Weill-Cornell. Ingresó a la facultad de Weill-Cornell después de terminar su beca de investigación en trasplante abdominal en el Centro Médico de la Universidad de Columbia-Hospital Presbiteriano de Nueva York. Desde su llegada a Weill-



Cornell, ha centrado su interés en maximizar el uso de órganos de donantes fallecidos y en el éxito de trasplantes entre los receptores de alto riesgo. Sus esfuerzos han ayudado su programa de incrementar el uso de órganos de donantes fallecidos en más de un 400%. Ha sido invitado a dictar conferencias en muchas instituciones sobre el progreso en trasplantes y estilo clínico agresivo. El Dr. Goldstein es un consultor activo con la OPO y tiene cargos en la Junta Médica Asesora y en el Subcomité de Riñón-Páncreas en la Red de Donantes de Órganos de Nueva York. Además de su función activa como médico, el Dr. Goldstein es autor prolífico de muchos manuscritos y editoriales enfocados en los resultados clínicos de los trasplantes, isquemia y conservación de órganos y en la naturaleza y modernización cambiante de la educación quirúrgica.

El Dr. Goldstein es miembro de la Sociedad Americana de Cirujanos de Trasplantes y miembro del Colegio Americano de Cirujanos. Sirvió como asesor médico a la Fundación Nacional del Riñón del área de Nueva York, así como a numerosas compañías farmacéuticas y biotécnicas para el perfeccionamiento de los resultados de los trasplantes y el cuidado de los pacientes.

El Dr. Goldstein volverá a Columbia este invierno como encargado de trasplante abdominal pediátrico y para apoyar el programa de cirugías de trasplante abdominal en adultos. Además, su interés en la educación quirúrgica lo ha llevado a ayudar al Dr. Mark Hardy con el programa de residencia de Cirugía General como Director Asociado del Programa.

WELCOME BACK

Dr. Michael Goldstein is an Assistant Professor of Surgery and Surgical Director of the Incompatible Transplant Program at Weill-Cornell Medical College. He joined the Weill-Cornell faculty after completing his abdominal transplantation fellowship at New York Presbyterian Hospital-Columbia University Medical

Center. Since his arrival at Weill-Cornell, he has focused his interests in maximizing the utilization of deceased donor organs and the successful transplantation of high risk recipients. His efforts have assisted his program in growing deceased donor organ utilization by over 400%. He has been invited to lecture on transplant growth and aggressive clinical style at many institutions. Dr. Goldstein is an active consultant with the OPO and holds positions on the Medical Advisory Board and the Kidney-Pancreas Subcommittee at the New York Organ Donor Network. In addition to his active role as a clinician, Dr. Goldstein is a prolific author of many manuscripts and editorials focusing on clinical transplantation outcomes, organ ischemia and preservation, and the changing nature and modernization of surgical education.

Dr. Goldstein is a member of the American Society for Transplant Surgeons and a Fellow of the American College of Surgeons. He serves as a medical advisor to the National Kidney Foundation of Greater New York, as well as, numerous pharmaceutical and biotechnical companies for improving transplantation outcomes and patient care.

Dr. Goldstein will return to Columbia this winter to lead the charge in pediatric abdominal transplantation, as well as support the adult programs in abdominal transplant surgery. His interests in surgical education also have led him to assist Dr. Mark Hardy with the General Surgery residency program as the Associate Program Director.

Medicare Savings Plan, continued

Programa de Medicaid para Medicinas por Receta Médica - Ayuda adicional con la Parte D

El Programa de Medicaid para Medicinas por Receta Médica ofrece alguna ayuda con las primas mensuales, deducibles anuales y el copago de medicamentos. Para calificar, la persona tiene que estar inscrita en el plan Medicare Parte D y ajustarse a las pautas de ingreso. Las personas que reciben ingresos del Seguro Social (SSI), Medicaid o ayuda estatal no califican para participar en este programa. Las solicitudes de pueden llenar en línea en www.ssa.gov o poniéndose en contacto con el Seguro Social llamando al 1-800-772-1213.

Atención:

Período de inscripción abierta de Medicare Parte D

La inscripción abierta ocurre desde el 15 de noviembre hasta el 31 de diciembre todos los años. Durante ese período, una persona puede cambiar de plan Parte D. Las personas que tienen elegibilidad doble (Medicare y Medicaid) pueden cambiar de plan en cualquier momento. Sírvase consultar Medicare en línea en www.medicare.gov o por teléfono al 1-800-MEDICARE.

Medicare Prescription Drug Program: Part D Extra Help

The Medicare Prescription Drug program offers some assistance with monthly premiums, annual deductibles, and medication co-payments. Individuals must be enrolled in a Medicare Part D plan and meet income guidelines to qualify. Individuals who receive Social Security Income (SSI), Medicaid, or assistance from their state do not qualify for this program. Applications can be filed online at www.ssa.gov or by contacting Social Security at 1-800-772-1213.

Note:

Medicare Part D Open Enrollment

Open enrollment is from November 15 through December 31 of every year. Individuals can switch Part D plans during this time period. Dual eligible individuals (Medicare and Medicaid) can change plans at anytime. Please consult Medicare online at www.medicare.gov or via phone 1-800-MEDICARE.

EDUCATIONAL WORKSHOPS

TALLERES EDUCATIVOS

Sessions will be held on Fridays, 2:00-3:20pm

Las sesiones serán tenidas los viernes, 2:00-3:20pm

The Naomi Berrie Diabetes Center at Columbia University Medical Center

Russ Berrie Medical Science Pavilion

1150 St. Nicholas Avenue at 168th Street - (entre las calles 167th y 168th)

First Floor, Conference Room 2 (Primero Piso, Sala 2)

- October 5th:** **PATIENTS' STORIES OF TRANSPLANT**
Meet transplant recipients, donors and caregivers.
HISTORIAS DE TRANSPLANTES DE LOS PACIENTES
Reúname con receptores de transplantes, donantes y personas que brindan cuidados.
- October 12th:** **LIVER TRANSPLANTATION SURGERY: DECEASED VS. LIVING RELATED DONATION**
CIRUGÍA PARA TRANSPLANTE DE HÍGADO: DONACIÓN PROVENIENTE DE UN
DONANTE FALLECIDO EN COMPARACIÓN CON UN PARIENTE VIVO
Speaker: Jean Emond, MD, Transplant Surgeon
Orador: Jean Emond, MD, Cirujano de transplantes
- October 19th:** **AN OVERVIEW OF LIVER DISEASE & LISTING CRITERIA**
INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA HEPATOPATÍA
(ENFERMEDAD DEL HÍGADO) Y CRITERIOS PARA LA LISTA:
¿Cómo funciona el hígado? ¿Qué es la cirrosis? ¿Cómo funciona la lista?
How does the liver function? What is cirrhosis? How does listing work?
Speaker: Sam Sigal, MD, Transplant Hepatologist
Orador: Sam Sigal, MD, Hepatólogo especialista en transplantes
- October 26th:** **IMMUNOSUPPRESSANT MEDICATIONS AND THEIR SIDE EFFECTS**
MEDICAMENTOS INMUNODEPRESORES Y SUS EFECTOS SECUNDARIOS
Speaker: Stacey Balducci, PharmD, Transplant Pharmacist
Oradora: Stacey Balducci, PharmD, Farmacéutica especializada en transplantes
- November 9th:** **HEPATOCELLULAR CARCINOMA: RESEARCH AND TREATMENT OPTIONS**
Speaker: Abby Siegel, MD, Transplant Oncologist
Orador: Abby Siegel, MD, Trasplante a oncólogo
- November 16th:** **OPEN FORUM (FORO ABIERTO)**
Facilitated by Psychosocial Team. (Facilitado por el equipo psicosocial).

These sessions are MANDATORY! (Estas sesiones ¡son OBLIGATORIAS!)
Spanish Interpreter Available. (Hay un interpreter espanol disponible.)

For more information contact (Para obtener más información comuníquese con):
Silvia Hafliger, MD, at (212) 342-2787 or Aimée Muth, LCSW at (212) 305-1884

TRANSPLANT SUPPORT GROUPS

GRUPOS DE APOYO PARA TRANSPLANTES

| Who: | POST-TRANSPLANT RECIPIENTS RECEPTORES POST-TRANSPLANTE | CAREGIVERS PERSONAS QUE BRINDAN CUIDADOS |
|----------------------|---|--|
| Where: | New York-Presbyterian Hospital-Columbia Milstein Hospital Building 177 Fort Washington Reemtsma Conference Room (Sala de conferencias Reemtsma) 7 Hudson South, Room 7-213 (Sala 7-213) | New York-Presbyterian Hospital-Columbia Milstein Hospital Building 177 Fort Washington Reemtsma Conference Room (Sala de conferencias Reemtsma) 7 Hudson South, Room 7-213 (Sala 7-213) |
| When: | 10:00 – 11:30am (De 10:00 a 11:30 a.m.) First and Third Thursday of every month: (El primer y tercer jueves de cada mes): Thursday, October 4 th Thursday, November 1 st Thursday, December 6 th Thursday, December 20 th - to be confirmed (ser confirmado) | See schedule below. (Vea el horario abajo.) |
| Facilitators: | Aimée Muth, LCSW 212-305-1884, aim9003@nyp.org | Kimberly Morse, LMSW (212) 305-3081, krm9020@nyp.org |

CAREGIVERS FORUM (Foro de las personas que brindan cuidados)

Cycles of 6 sessions are repeated four times a year. (Los ciclos de 6 sesiones se repiten cuatro veces al año.)

| | |
|---|---|
| Thursday, October 25th: Jueves, 25 de octubre: | SESSION 1: INTRODUCTION TO CAREGIVING SESIÓN 1: INTRODUCCIÓN A LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS |
| Thursday, November 8th: Jueves, 9 de noviembre: | SESSION 2: BALANCING DEMANDS AND RESOURCE SESIÓN 2: CÓMO EQUILIBRAR LAS EXIGENCIAS Y LOS RECURSOS |
| Thursday, November 22nd: Jueves, 22 de noviembre: | NO MEETING DUE TO THANKSGIVING NO HABRÁ REUNIÓN EN CELEBRACIÓN DEL DÍA DE ACCIÓN DE GRACIAS |
| Thursday, December 13th: Jueves, 13 de diciembre: | SPECIAL SESSION: CAREGIVING AND THE HOLIDAYS SESIÓN ESPECIAL: QUÉ HACER SOBRE EL CUIDADO DURANTE LAS FIESTAS DE FIN DE AÑO. |
| Thursday, December 27th: Jueves, 28 de diciembre: | SESSION 3: SHIFTING FAMILY ROLES AND RESPONSIBILITIES DURING THE TRANSPLANT PROCESS SESIÓN 3: CAMBIO DE LAS FUNCIONES Y LAS RESPONSABILIDADES FAMILIARES DURANTE EL PROCESO DE TRANSPLANTE |
| Thursday, January 10th: Jueves, 28 de enero: | SESSION 4: DETERMINING THE EFFECTS OF ILLNESS ON FAMILY COMMUNICATION PATTERNS SESIÓN 4: CÓMO DETERMINAR LOS EFECTOS DE LA ENFERMEDAD EN LOS PATRONES DE COMUNICACIÓN FAMILIAR |
| Thursday, January 24th: Jueves, 24 de enero: | SESSION 5: RECOGNIZING THE SIGNS AND SYMPTOMS OF STRESS SESIÓN 5: CÓMO RECONOCER LAS SEÑALES Y LOS SÍNTOMAS DEL ESTRÉS |
| Thursday, February 14th: Jueves, 14 de febrero: | SESSION 6: MANAGING STRESS DIFFERENTLY, DRAWING TOGETHER THE GROUP EXPERIENCE SESIÓN 6: CÓMO MANEJAR EL ESTRÉS DE DIFERENTE MANERA, APROVECHANDO LA EXPERIENCIA DEL GRUPO |

LOCAL AND NATIONAL RESOURCES

LOCAL AND NATIONAL RESOURCES

RECURSOS LOCALES Y NACIONALES

NATIONAL (NACIONALES)

- United Network for Organ Sharing (Red Unida para la Donación de Órganos), <http://www.unos.org>, (888) 894-6361
- American Liver Foundation (Fundación Estadounidense del Hígado), 800.GO.Liver or <http://www.liverfoundation.org>
- FRIENDS' HEALTH CONNECTION (ENLACE DE SALUD DE AMIGOS), (800) 48-FRIEND, WWW.48FRIEND.ORG
- COTA (Children's Organ Transplant Association, Asociación de Transplante de Órganos Infantil), 800-366-2682, www.cota.org
- Well Spouse Association (Asociación de Bienestar del Cónyuge), (800) 838-0879, www.wellspouse.org
- Liver Cancer Care (Cuidados para el Cáncer de Hígado), <http://www.hopeforlivercancer.com>
- Liver Cancer Network (Red del Cáncer de Hígado), <http://www.livercancer.com>
- Hemochromatosis Foundation (Fundación de Hemocromatosis), <http://www.hemochromatosis.org>
- PBCers Organization (Organización PBCers -Organización de la Cirrosis Biliar Primaria), <http://www.pbcers.org>
- Biliary Atresia and Liver Transplant Network (Atresia Biliar y Red de Transplantes de Hígado), <http://www.transweb.org/people/recips/resources/support/oldbilitre.html>
- The FAIR Foundation (La Fundación FAIR), 760-200-2766, www.fairfoundation.org
- National Hepatitis C Advocacy Council (NHCAC), 877-737-HEPC, www.hepcnetwork.org
- National Minority Organ Tissue Transplant Education Program (Programa Educativo Nacional para Minorías sobre el Transplante de Órganos y Tejidos), (202) 865-4888, (800) 393-2839, (202) 865-4880 (Fax)
- <http://www.transweb.org> - nonprofit educational resource for the world transplant community. (Un recurso educativo sin fines de lucro para la comunidad mundial de transplantes.)

Connecticut

- *Transplant Recipients International Organization* (TRIO- (Organización Internacional de Receptores de Transplantes) – New England Chapter- 617-266-9559
- *Connecticut Coalition for Organ and Tissue Donation* (Coalición de Connecticut para la Donación de Órganos y Tejidos), (CCOTD), (203)-387-9332 or <http://www.ctorganandtissuedonation.org>

New Jersey

- *The Central NJ Transplant Support Group* (Grupo de Apoyo de Transplantes de la Zona Central de NJ) - 732-450-1271 or <http://www.njtransplantsupport.com>
- NJ Sharing Network (Red de Donación de NJ) - 841 Mountain Avenue, Springfield, NJ 07081, 973-379-4535, 800-SHARE-NJ

New York

- *Transplant Support Group of Western New York* (Grupo de Apoyo de Transplantes de la Zona Oeste de NY), 716-685-4799, mmar1@juno.com
- *Children's Liver Alliance* (Biliary Atresia and Liver Transplant Network), 718-987-6200 or Livers4kids@earthlink.net
- *Transplants Save Lives, Inc. Support Group, Rockland and Orange Counties*, (Grupo de Apoyo de "Transplants Save Lives, Inc." - Condados de Rockland y Orange) newheart93@aol.com
- *Transplant Recipients International Org.* (Organización Internacional para Receptores de Transplantes) LI: 516-798-8411, www.litrio.com, NYC: 718-597-5619
- *TSO Transplant Support Organization* (Organización de Apoyo de Transplantes), www.transplantsupport.org
- *TSO of Staten Island* (TSO de Staten Island), 718-317-8073 or www.transplantssupport.org/staten.html
- *LOLA (Latino Organization for Liver Awareness)*, 888-367-LOLA, 718-892-8697 or <http://www.lola-national.org>

CAREGIVER RESOURCES

- *Caring Today* (Cuidados Hoy)
Phone (Teléfono): 203-254-0783
E-mail (Correo electrónico): editor@caringtoday.com
Website (Sitio Web): <http://www.caringtoday.com/>
- *Family Caregiver Alliance*
(Alianza de Personas que Brindan Cuidados en la Familia)
Phone (Teléfono): (800) 445-8106
Website (Sitio Web): www.caregiver.org
- *National Alliance For Caregiving*
(Alianza Nacional para la Prestación de Cuidados)
E-mail (Correo electrónico): info@caregiving.org
Website (Sitio Web): <http://www.caregiving.org>
- *National Family Caregivers Association* (Asociación Nacional de Personas que Brindan Cuidados en la Familia)

Phone (Teléfono): 1-800-896-3650

E-mail (Correo electrónico):

info@thefamilycaregiver.org

Website (Sitio Web):

<http://www.thefamilycaregiver.org>

- *Strength For Caring* (Fortaleza para Brindar Cuidados)

Website (Sitio Web):

<http://www.strengthforcaring.com/>

- *Today's Caregiver* (El Prestador de Cuidados en la Actualidad), Website (Sitio Web):

<http://www.caregiver.com>

Teléfono (Teléfono): 1-800-896-3650.org

GRUPOS DE APOYO DE LA ZONA

Englewood, NJ (Hepatitis)*

Se reúne el segundo martes de cada mes; a las 6:30 p.m.
Englewood Hospital and Medical Center; el grupo se reúne en la biblioteca. **Teléfono:** (201) 894-3496
Comuníquese con Jeffrey Aber para obtener más información.

New Jersey - Hackensack (Hepatitis C)*

Se reúne el segundo y el cuarto lunes de cada mes;
Hackensack University Medical Center
Teléfono: (201) 996-3196
Comuníquese con Mary Ann Collins para obtener más información.

Long Island (Hepatitis C "Courage Group" (Grupo de Valor))

Se reúne el último jueves de cada mes; a las 7:00 p.m., Manhasset, NY
Teléfono: (631) 754-4795
Comuníquese con Gina Pollichino, RN, para obtener más información.

Long Island (Hepatitis C)

Huntington Hospital; Comuníquese con Gina Pollichino, RN,
al (631) 754-4795 para obtener más información.

Long Island (Hepatitis C)

Se reúne el primer lunes de cada mes; de 7 p.m. a 9 p.m.
North Shore University Hospital en Plainview
Teléfono: (631) 754-4795
Comuníquese con Gina Pollichino, RN, para obtener más información.
Se podrían realizar ciertos cambios de horario para adaptarse a los días festivos.

Long Island (PBC)*

Teléfono: (516) 877-4568
Comuníquese con Marilyn Klainberg para obtener más información.

NYC - (Cáncer de hígado)*

Varios grupos de apoyo. Comuníquese con Lynette Williams, LMSW, al
(212) 305-5274 para obtener más información. Un grupo de apoyo en
español también es facilitado por Madeline Encarnacion; se puede comu-
nicar con ella al (212) 305-6320.

NYC - Manhattan (Hepatitis C)*

Se reúne el tercer martes de cada mes; de 6 p.m. a 8 p.m.
St. Vincent's Hospital, Link Conference Room, 170 West 12th Street.
Teléfono: (212) 649-4007
Contacto: Andy Bartlett (andybny@yahoo.com)

NYC - Manhattan (Hepatitis C)*

Se reúne el primer miércoles del mes; de 6:00 p.m. a 7:00 p.m. en Weill
Medical College de Cornell University/New York Presbyterian Hospital.
Teléfono: (212) 746-4338
Comuníquese con Mary Ahern, NP, para obtener más información.
*450 E. 69th Street, entre la 69th St y York Avenue. Este grupo de apoyo es
patrocinado por el Center for the Study of Hepatitis C (Centro para el
Estudio de la Hepatitis C), un esfuerzo de colaboración entre Cornell
University, Rockefeller University y el New York Presbyterian Hospital.*

NYC - Manhattan (Grupo de apoyo L.O.L.A.)*

Se reúne el tercer miércoles de cada mes a las 6 p.m.;
New York Blood Center, 310 East 67th Street
Teléfono: (718) 892-8697

NYC - Manhattan (PBC)*

Se reúne cada 2 a 3 meses; de 6:30 a 8:30 p.m.
Mount Sinai Hospital, Guggenheim Pavilion, Sala 2B
Teléfono: (212) 241-5735
Comuníquese con John Leonard para obtener más información.

NYC - Queens (H.E.L.P.P.)*

Hepatitis Education Liver Disease Awareness Patient Support Program o
H.E.L.P.P. (Programa de Educación sobre la Hepatitis y de Conciencia-
ción sobre la Hepatopatía y Apoyo para Pacientes)
Se reúne una vez al mes en una tarde de domingo;
NY Hospital de Queens, Flushing
Teléfono: (718) 352-7772
Comuníquese con Teresa Abreu para más información.

Transplant Recipients International Organization o TRIO (Organiza- ción Internacional de Receptores de Transplantes) – Manhattan*

Se reúne el segundo miércoles de cada mes, de septiembre a junio, a las
7:30 p.m. en 145 Community Dr., Manhasset, NY. La reunión de diciem-
bre es una fiesta de temporada.
Comuníquese con Lorraine DePasquale, Pres. al (718) 597-5619 o por
correo electrónico: triom@aol.com

TRIO – Long Island*

Se reúne el segundo miércoles de cada mes, de septiembre a junio, a las
7:30 p.m. en 145 Community Dr., Manhasset, NY, directamente enfrente
del North Shore Univ Hosp. La reunión de diciembre es una fiesta de tem-
porada.

Transplant Support Organization o TSO (Organización de Apoyo de Transplantes) – Condado de Westchester

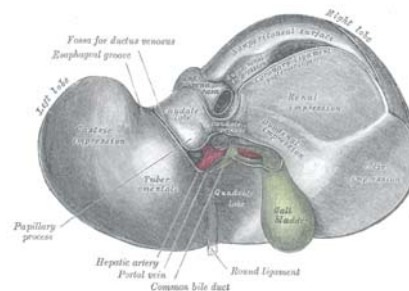
Se reúne el tercer miércoles de cada mes, a las 7 p.m. en:
Mt. Pleasant Community Center
125 Lozza Drive Valhalla, NY
Reuniones en el 2007: 20 de junio, 19 de septiembre, 17 de octubre y 14,
20 de noviembre
Teléfono: (914) 576-6617 o correo electrónico: tso97@optonline.com.

CT – Grupo de apoyo para cónyuges que prestan cuidados*

Grupo de apoyo de personas que brindan cuidados, dirigido a hombres y
mujeres que cuidan de las necesidades de un miembro de la familia que
padece de una enfermedad crónica. El grupo se reúne dos veces al mes.
Teléfono: (203) 863-4375

Grupo de apoyo para la enfermedad de Wilsons*

Teléfono: (203) 961-9993. Contacto: Lenore Sillery
**No es patrocinado por la American Liver Foundation*



AREA SUPPORT GROUPS

Englewood, NJ (Hepatitis)*

Meets Second Tuesday of every month; 6:30 PM
Englewood Hospital and Medical Center; group meets in the library. **Phone:** 201-894-3496
Contact Jeffrey Aber for more information.

New Jersey - Hackensack (Hepatitis C)*

Meets every second and fourth Monday monthly;
Hackensack University Medical Center
Phone: 201-996-3196
Contact Mary Ann Collins for more information.

Long Island (Hepatitis C Courage Group)

Meets Last Thursday Monthly; 7:00pm
Manhasset, NY
Phone: 631-754-4795
Contact Gina Pollichino, RN for more information.

Long Island (Hepatitis C)

Huntington Hospital Contact Gina Pollichino, RN
at 631-754-4795 for more information.

Long Island (Hepatitis C)

Meets first Monday monthly; 7pm - 9pm
North Shore University Hospital at Plainview
Phone: 631-754-4795
Contact Gina Pollichino, RN for more information.
Certain scheduling changes may occur to accommodate holidays.

Long Island (PBC)*

Phone: 516-877-4568
Contact Marilyn Klainberg for more information.

NYC – (Liver Cancer)*

Several support groups. Contact Lynette Williams, LMSW at (212) 305-5274 for further information. A Spanish support group is also facilitated by Madeline Encarnacion at (212) 305-6320.

NYC - Manhattan (Hepatitis C)*

Meets Third Tuesday Monthly; 6pm - 8pm
St. Vincent's Hospital Link Conference Room, 170 West 12th Street **Phone:** 212-649-4007
Contact: Andy Bartlett (andybny@yahoo.com)

NYC - Manhattan (Hepatitis C)*

Meets first Wednesday monthly; 6:00pm-7:00pm at Weill Medical College of Cornell University/New York Presbyterian Hospital.
Phone: 212-746-4338
Contact Mary Ahern, NP for more information.
450 E. 69th Street between 69th St/ York Avenue. This support group is offered by the Center for the Study of Hepatitis C, a cooperative endeavor of Cornell University, Rockefeller University and New York Presbyterian Hospital.

NYC - Manhattan (L.O.L.A. Support Group)*

Meets Every third Wednesday monthly; 6pm;
New York Blood Center, 310 East 67th Street
Phone: 718-892-8697

NYC - Manhattan (PBC)*

Meets Every 2-3 months; 6:30-8:30 pm
Mount Sinai Hospital, Guggenheim Pavilion, Room 2B
Phone: 212-241-5735
Contact John Leonard for more information.

NYC - Queens (H.E.L.P.P.)*

H.E.L.P.P. (Hepatitis Education Liver Disease Awareness Patient Support Program)
Meets Sunday afternoon monthly;
NY Hospital of Queens, Flushing
Phone: 718-352-7772
Contact Teresa Abreu for more information.

Transplant Recipients International Organization (TRIO) – Manhattan*

Meets the second Wednesday of each month from September to June, 7:30 pm, 145 Community Dr., Manhasset, NY. The December meeting is a holiday party.
Contact Lorraine DePasquale, Pres. at 718-597-5619 or mailto:triom@aol.com

TRIO – Long Island*

Meets the second Wednesday of each month from September to June, 7:30 pm, 145 Community Dr., Manhasset, NY, directly across from North Shore Univ Hosp. The December meeting is a holiday party.

Transplant Support Organization (TSO) –Westchester County

Third Wednesday of every month, 7pm at:
Mt. Pleasant Community Center
125 Lozza Drive Valhalla, NY
2007 Meetings June 20, Sept. 19, Oct. 17, and Nov., 14 20
Phone: 914-576-6617 or tso97@optonline.com.

CT – Spousal Caregiver Support Group*

Caregiver support group geared toward men and women who are caring for the needs of a chronically ill family member. The group meets twice a month.
Phone: 203-863-4375

Wilson's Disease Support Group*

Phone: 203-961-9993, Contact Lenore Sillery

**Not sponsored by the American Liver Foundation.*

