Diario Médico

WWW.DIARIOMEDICO.PE

INFORMACIÓN Y NOTICIAS PARA LA INDUSTRIA MÉDICA Y SANITARIA

WWWW.DIARIOMEDICO.PE | AÑO VI - NÚMERO 067 | EDICIÓN AGOSTO/ SET. 2017 | EDITADO POR GRUPO ENFOQUE ECONÓMICO

RÓMULO GARCÍA GIORGIO, GERENTE GENERAL DE EUROFARMA

Laboratorio farmacéutico Eurofarma incrementará su oferta en el país

Sumario:

FARMACOLOGÍA:

Daratumumab: El futuro del tratamiento del mieloma múltiple

Existen nuevas y mejores terapias contra el mieloma múltiple pero en un futuro, probablemente, se llegue a tratar pacientes sin mieloma activo, es decir, tratar enfermedades casi asintomáticas, que impactarán mucho más en la calidad de vida del paciente, señala la especialista de España.

ACTUALIDAD

DRA. PATRICIA GARCÍA Y LOS NUEVOS EJES DEL MINSA

Después de un año de asumir la cartera de Salud, la Dra. Patricia García Funegra, presentó sus cinco nuevas áreas de trabajo en el Ministerio de Salud , sumando el de la lucha contra la corrupción, para sacar adelante la Salud.

WHO IS WHO:

DR. ROBERTO DAMMERT, DE LA CLÍNICA BELLAVISTA AUNA

El Dr. Roberto Dammert, es un cirujano laparoscópico que practicaba cinco artes marciales, pero se enamoró del jiu jitsu viendo un combate de la UFC.

ACTUALIDAD:

MARCAPASOS: PROEZA MÉDICA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO

Por primera vez se coloca un marcapaso endocárdico bicameral a niño de cinco años de edad con cardiopatía congénita.

ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

POSGRADOS ESPECIALIZADOS EN SALUD

ACTUALIDAD

Dra. Patricia García y los nuevos ejes del MINSA

Después de un año de asumir la cartera de Salud, la Dra. Patricia García Funegra, presenta sus nuevas áreas de trabajo en el Ministerio, sumando el de la lucha contra la corrupción, para sacar adelante la Salud.

Al inicio de su gestión, la Dra. García, identificó cuatro áreas de trabajo para hacer una reingeniería de la salud que abarcaba la revalorización de los recursos humanos, infraestructura moderna e interconectada, mejora del gasto en salud y la continuidad de la cobertura de salud con calidad.

Hoy en día y con mucha tagua transcurrida bajo el río, las cosas han cambiado. Hoy la Ministra presenta sus nuevos, ya no cuatro, sino cinco ejes estratégicos para fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud (Minsa), a fin de mejorar los servicios de salud a nivel nacional, en el cual añadió la lucha contra la corrupción.

Estos cinco ejes de gestión son: 1) fortalecimiento de los servicios de salud, 2) acciones dirigidas a la salud pública, 3) revalorización de los recursos humanos, 4) desarrollo y mantenimiento de infraestructura moderna y 5) lograr la integridad institucional a través de la lucha contra la corrupción.

El primer eje está relacionado al fortalecimiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, a través de un reordenamiento para un mejor servicio. Antes en Lima Metropolitana se contaba con un Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), direcciones de salud (Disas), redes de salud, institutos especializados en salud, hospitales y establecimientos de salud, que dispersaban el sistema de atención.

"Todo esto se ha reformulado y tenemos ahora 4 Direcciones de Redes Integradas (DIRIS), de las cuales dependen los hospitales y establecimientos de salud del primer nivel de atención para brindar un mejor servicio que se complementa con los institutos especializados en salud", dijo la doctora a la Comisión de Salud del Congreso.

Además, indicó que el pago de las deudas del SIS que ascienden a 530 millones de soles, así como las compras corporativas de medicamentos por un monto de 860 millones de soles, que han generado un ahorro de 80 millones y que servirán para mejorar los canales de distribución de los fármacos. Explicó que mediante el uso de la tecnología se está ampliando la cobertura en atenciones de salud a través de la Red Nacional de Telesalud para realizar Telemedicina y Telemamografías.

SALUD PÚBLICA

Respecto al segundo eje, explicó que se ha ejecutado campañas de inmunización contra la influenza, con la distribución de 6.5 millones de vacunas antes del friaje; y contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), para lograr una generación libre de cáncer de cuello de útero, con 385 mil niñas vacunadas. No obstante, no mencionó nada sobre el Dengue, que hasta ahora es imposible de erradicar en la zona norte del país y que está llegando a otras ciudades.

ING. GABRIEL DEL CASTILLO: ESSALUD CONSTRUIRÁ NUEVO HOSPITAL EN HUARAZ

El presidente ejecutivo de EsSalud, Ing. Gabriel Del Castillo Mory, anunció nuevos proyectos por un monto de 200 millones de soles para EsSalud, entre los que destaca el nuevo Hospital de Huaraz que podría ver la luz a fines del 2019 o inicios del 2020.

El jefe de EsSalud indicó que en el primer trimestre del próximo año ya se cuente con la viabilidad del proyecto del nuevo hospital, lo que permitirá elaborar el expediente técnico, de modo que aproximadamente a fines del 2019 o inicios del 2020 se pueda inaugurar este nuevo hospital, necesario para los 103 mil asegurados de esta parte de la región Ancash.

Además, el titular de EsSalud, aseveró que se han dado instrucciones a los funcionarios de la Red asistencial de Caraz para obtener un terreno y sanearlo, con la finalidad de implementar un nuevo establecimiento, el que se sumará al proyecto del nuevo Hospital de Huaraz.

Cabe indicar que la Red Asistencial Huaraz de EsSalud cuenta con 6 establecimientos de salud: Hospital II Huaraz, Centro Médico Caraz, Centro Médico Carhuaz, Centro Médico Huari Posta Médica de Yungay y Posta Médica de Piscobamba. Además, dos Centros del Adulto Mayor CAM en Huaraz y Yungay.

Marcapasos: Proeza médica en el Hospital Dos de Mayo

Por primera vez se coloca un marcapaso endocárdico bicameral a niño de cinco años

El Hospital Nacional Dos de Mayo, del Ministerio de Salud (Minsa) colocó por primera vez en el país un marcapaso endocárdico bicameral -modelo que se utiliza en adultos- a un niño de 5 años de edad con cardiopatía congénita que al día siguiente de su intervención pudo ser dao de alta para que pueda realizar sus actividades con total normalidad a lado sus familiares y amigos.

En el país, es común la colocación de marcapasos en niños de tipo epicárdico que tiene una duración menor a siete años, aproximadamente. En cambio, con la innovación quirúrgica practicada en el niño Sebastián, con 17 kilogramos y natural de Huancayo, el marcapaso tiene una duración de hasta 13 años y compatible con resonancia magnética, que le brinda una frecuencia cardiaca apropiada para su edad.

Este tipo de dispositivo consta de una batería y dos cables que se instalan en el interior del corazón (endocardio), conectando la parte alta y baja del órgano y permitiendo una sincronía y funcionamiento bastante similar al habitual.

Para llegar al corazón, los cables se avanzan mediante las venas que pasan por debajo de la clavícula y la batería se posiciona debajo del músculo del pecho para su adecuada protección. Una vez finalizado el tiempo de vida de batería, esta se tendría que cambiar, previa evaluación del funcionamiento de los cables.

La exitosa operación fue realizada recientemente por un equipo de profesionales del Departamento de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, liderado por el Dr. Pablo Mendoza Novoa, especialista en cardiología y electrofisiología..

"EL MARCAPASO TIENE UNA DURACIÓN DE HASTA 13 AÑOS Y COMPATIBLE CON RESONANCIA MAGNÉTICA, QUE LE BRINDA UNA FRECUENCIA CARDIACA APROPIADA PARA SU EDAD."

esan GRADUATE SCHOOL OF BUSINESS

Maestría en

Gerencia de Servicios de Salud

Especialízate y haz crecer tu éxito profesional

› Inauguración | 25 setiembre 2017

› Grados y Diplomas

esan GRADUATE SCHOOL OF BUSINESS

Maestro en Gerencia de Servicios de Salud

+ 03 Diplomas

+ 03 Certifcados Internacionales

03 Viajes Internacionales:

FIU FLORIDA INTERNATIONAL UNIVERSITY

UNIVERSIDAD DE CHILE

Universidad de los Andes Colombia

1era Escuela de Negocios del Perú Ranking América Economía 2017

TOP 10 En Latinoamérica Mejores Escuelas de Negocios Ranking América Economía 2017

#1 Preferencia Escuelas de Posgrado XVI Encuesta Anual de Ejecutivos de la CCL 2016

TOP 20 Única Escuela peruana Escuelas de Negocios de Vanguardia en Latinoamérica Forbes 2016

esan.edu.pe

Informes e inscripciones:
Asesora Comercial: Sara Campos
T/ 317 7226 **Anexo:** 4610 **E/** scamposm@esan.edu.pe

conexionesan.com @esanperu esanmaestrías

mba for MASTERS

Posibilidad de seguir estudios de Maestría en Administración (MBA) siguiendo el módulo de convalidación.

Acreditaciones

AACSB ACCREDITED

ASSOCIATION OF MBAS ACCREDITED

ACTUALIDAD

ENTREVISTA A RÓMULO GARCÍA GIORGIO, GERENTE GENERAL DE EUROFARMA

Laboratorio farmacéutico Eurofarma incrementará su oferta en el país

EUROFARMA, empresa líder en medicamentos con bioequivalencia, lanzará al mercado peruano nueve productos hasta fin de año.

El Laboratorio Farmacéutico EUROFARMA, hasta fines del 2016 comercializaba en el país los productos que adquirió tras la compra del laboratorio local Refasa – Carrión . Hasta entonces estaba estructurando su plan de introducción al mercado peruano, replicando el modelo que proviene de su casa matriz. Hoy en día, uno de las empresas farmacéuticas más grandes de Brasil, ha iniciado su agresivo plan de introducción lanzando al mercado peruano cinco productos de su portafolio de Brasil y espera cerrar el año con cuatro productos más.

"Estos productos que estamos introduciendo al mercado nacional se caracterizan principalmente por tener estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad. Nuestra principal labor fue la de garantizar que los productos que comercializamos cumplan con todas las exigencias de calidad que establece Eurofarma Brasil y la legislación local, de tal forma que ofrezcamos productos farmacéuticos que aseguren un tratamiento exitoso para el médico y los pacientes que consumen nuestros productos" explica Rómulo García Giorgio, Gerente General de EUROFARMA.

El directivo explica que si bien la ventaja diferencial de sus productos en el mercado peruano está en que estos cuentan con pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad, estos también tendrán un precio competitivo, garantizando el acceso a la población en general de medicamentos de alta calidad. Nos dice que, actualmente la legislación peruana no exige parte de estas pruebas por lo que la gran mayoría de los productos no son **"medicamentos genéricos con o sin marca comercial"**, ya que de acuerdo a la OMS, solamente los productos que cuenten con estas pruebas pueden llevar esta denominación de **"genéricos";** por lo que en el Perú la gran mayoría de los productos son copias de medicamentos que pueden ser de buena calidad o no, pero que no atienden al concepto que exigen las principales agencias sanitarias del mundo, como FDA (USA) – EMEA (Europa) e INVIMA en Brasil.

> **"ESTOS PRODUCTOS QUE ESTAMOS INTRODUCIENDO AL MERCADO NACIONAL SE CARACTERIZAN PRINCIPALMENTE POR TENER ESTUDIOS DE BIOEQUIVALENCIA Y BIODISPONIBILIDAD."**

"Comercializar un medicamento bioequivalente significa comercializar un producto con las mismas características en eficacia y seguridad del medicamento innovador a un precio más accesible. El desafío es muy grande ya que este concepto no está bien difundido en nuestro país y la Autoridad Sanitaria todavía no reglamenta la ley, por lo que no es una exigencia para las empresas" añade Rómulo García, economista de profesión con maestría en administración y negocios.

Si bien en el 2016 se inició el plan de crecimiento de EUROFARMA, entonces se alcanzó un crecimiento importante de doble dígito en valores y 34% en unidades en el segmento de prescripción médica, por lo que EUROFARMA confía que esta será la tendencia para los próximos años.

"A partir de ahora, tenemos desafíos muy grandes orientados al crecimiento de nuestra empresa, tanto en participación de mercado como en imagen y modelo de negocio. Esperamos en un tiempo relativamente corto, situarnos entre las empresas líderes del mercado y ser reconocidos como una empresa de mucha responsabilidad en el tratamiento de la salud," subraya García, quien cuenta con una amplia experiencia en el sector farmacéutico liderando laboratorios de reconocido prestigio.

EUROFARMA, reconocida hace algunos años por ser el primer laboratorio que introdujo un medicamento biosimilar en América Latina, tras 9 años de estudios de investigación, el fármaco de nombre Fiprima® (filgrastim), es utilizado para inducir el aumento de células de defensa del organismo en portadores de algunos tipos de cáncer. Cabe resaltar que todo el mundo existen solamente 20 biosimilares. **"Toda la tecnología aplicada al producto se desarrolló internamente, un hito para la industria farmacéutica nacional de Brasil"** añade el gerente.

Eurofarma, decidió expandir su negocio a toda América Latina, y hoy está presente en aproximadamente el 85% de todos los países de esta parte del continente, en la que el mercado brasileño representa casi el 50% y el peruano poco más del 2% según las auditorias del sector.

La innovación en EUROFARMA, es inherente a la empresa, pues invirtió 5,5% del ingreso neto de sus ventas en el 2016 en Investigación y Desarrollo. Actualmente, la compañía tiene aproximadamente 176 proyectos en pipeline, entre similares, biosimilares y productos innovadores, tratando de fortalecer las raíces de sus valores y seguir aportando al mercado medicamentos de alta calidad que ayuden en forma efectiva a tratar y curar las enfermedades que padecen la población en general en los países de Latinoamérica.

No obstante, la empresa de origen brasileño, trabaja para tener su primera molécula nueva de desarrollo proprio hasta el 2030. Para ayudar en ese camino creó, el 2015, el Núcleo de Innovación Radical, con la contratación de renombrados científicos.

De esta manera EUROFARMA, espera en el mediano plazo consolidar la operación en Perú, buscando el reconocimiento por parte de los médicos y la comunidad en general a través de sus productos con estándares de alta calidad (bioequivalencia y biodisponibilidad) y sus valores éticos para el desarrollo de los negocios.

Aumenta el riesgo de sufrir retinopatía diabetica

Según la OMS 10% de los pacientes con diabetes sufre un deterioro grave de la visión

Las personas con diabetes que no tienen bien controlada la enfermedad tienen alto riesgo de presentar retinopatía diabética, es decir, daño progresivo a la retina que conduce a la ceguera irreversible si no se recibe tratamiento tempranamente, dijo Carlos Wong, especialista en retina y vítreo del Instituto Oftalmológico Wong.

Las primeras manifestaciones de la retinopatía diabética son pequeños sangrados en el interior de la retina los cuales pasan desapercibidos debido a que no causan ninguna alteración en la visión. Solo cuando los niveles de glucosa en la sangre están elevados la visión se vuelve borrosa, pero si la glucosa está normal el paciente ve bien.

"Pero con el transcurrir de los años, los sangrados, la mala circulación y los microinfartos de la retina llevan a la muerte progresiva de la retina dando lugar a hemorragia masiva, desprendimiento de retina o ceguera total e irreversible", sostuvo el especialista tras indicar que esta enfermedad solo causa molestias en la etapa avanzada por lo que es importante evitar la progresión de la diabetes.

El riesgo de sufrir retinopatía diabética es mayor en quienes tienen diabetes por muchos años, a pesar de tenerla controlada. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el 2% de los pacientes que tienen 15 años con diabetes llega a tener ceguera y el 10% sufre un deterioro grave de la visión.

A fin de prevenir o detectar tempranamente el daño a los ojos, toda persona con diabetes debe ir anualmente al oftalmólogo para hacerse una evaluación de retina porque la retinopatía diabética se puede detectar mediante el examen de fondo de ojo que es simple, indoloro y rápido.

El doctor Wong informó que actualmente existen modernos medicamentos que ayudan a controlar el avance de la retinopatía diabética y, por consiguiente, evitar la pérdida total de la visión. Uno de estos medicamentos es el uso de antiangiogenicos y el implante intravítreo de liberación sostenida de dexametasona que se usa en pacientes en los cuales el edema macular causado por la inflamación de la diabetes no responde al tratamiento convencional.

El referido implante es una inyección especial que al inyectarlo expulsa un dispositivo similar a un "grano de arroz" que se queda flotando en el vítreo y va liberando dexametasona (corticoides) por tres meses lo que permite revertir el edema macular y recuperar la visión. Este dispositivo debe ser implantado por un especialista en retina.

El especialista precisó que el 70% de los pacientes con diabetes llega a tener retinopatía, pero si tienen su glucosa bien controlada el daño a la retina es leve o moderado. Por ello es recomendable que tengan un chequeo oftalmológico anualmente.

ACTUALIDAD

WWW.DIARIOMEDICO.PE

DR. JOSEPH LAMELAS Y DR. JOSÉ DIEZ, CARDIOLOGOS DEL BAYLOR ST. LUKE´S MEDICAL CENTER

Baylor St. Luke´s presentó avances en la cirugía mínimamente invasiva

Destacados cardiólogos pioneros en la cirugía cardíaca mínimamente invasiva comparten su experiencia con médicos peruanos en el I Simposio organizado por el Baylor St. Luke´s Medical Center.

DR. JOSEPH LAMELAS: "LO QUE HACEMOS ES CIENCIA Y ARTE"

Pionero en la cirugía cardíaca mínimamente invasiva, habiendo completado más de 14.000 operaciones cardíacas y 5.000 cirugías mínimamente invasivas, el Dr. Joseph Lamelas compartió sus experiencias con sus pares peruanos

¿Qué experiencias va compartir con los médicos cardiólogos peruanos?

Voy a hablar de la cirugía mínimamente invasiva la cual se hace reparación o reemplazo de válvulas dentro del corazón por una incisión de menos de 5 centímetros, que es bien pequeña y haciendo la cirugía, que es mucho menos dramática para el paciente, pues la incisión es pequeña, hay menos manipulación del corazón y es una operación que se hace con mucho menos sangrado y casi no hay transfusiones, la incidencia de infección casi no existe, y es bien importante remarcar que esta cirugía ofrece a los pacientes una recuperación en el hospital y en la vida cotidiana es mucho más rápido. En las dos semanas ya están incorporados en su vida normal y pueden hacer ejercicio.

¿Qué pacientes son candidatos para esta cirugía?

Las exclusiones son bien limitadas y se hay que hacer múltiples bypass, o si hay que hacer puentes por encima de las coronarias en cuatro o cinco arterias, no se puede hacer. Pero si es toda la cirugía valvular, aunque sea una válvula o dos se puede hacer por este acceso mínimo. Casi todos son candidatos.

¿Cuánto ha mejorado en su técnica intervencionista?

La técnica que yo tengo es propia, yo empecé hacer esto hace 14 años, he inventado instrumentos que utilizamos hoy en día para hacer esta cirugía, considero parte del inicio, pionero, en este tipo de cirugías mínimamente invasivas.

¿Qué instrumentos ha podido ayudar a desarrollar?

Algunos que facilitan la cirugía como es unos instrumentos mucho más largos que los habituales que pueden trabajar dentro de espacios pequeños, también utilizamos instrumentos que nos ayuda a exponer las válvulas para verlas con más facilidad. La cirugía en sí es poder llegar a la estructura para poder arreglarla, estos instrumentos facilitan estos.

¿Esta cirugía requiere de una experiencia de cuántas cirugías por parte del especialista?

Requiere muchos años de experiencia pero cuando uno tiene la experiencia y ve los beneficios significantes en el paciente, la satisfacción más grande que tiene un cirujano es ver que el paciente se recupere rápido y se incorpore en una vida normal. Esta operación ofrece esto.

¿Qué tipo de patologías se pueden operar con esta técnica?

Usualmente cuando un paciente tiene la válvula aórtica tupida o liquiando, la válvula mitral tupida o liquiando y también la válvula tricúspide. Son las tres válvulas más importantes en el corazón y se pueden arreglar. Cuando es una válvula calcificada, usualmente lo reemplazamos completamente. Cuando es una válvula liquiando podemos reparar la válvula que es equivalente a una cirugía plástica, porque hay que reconstruirla para que luzca como antes, y eso es tanto ciencia como arte.

"LA TÉCNICA QUE YO TENGO ES PROPIA, YO EMPECÉ HACER ESTO HACE 14 AÑOS, HE INVENTADO INSTRUMENTOS QUE UTILIZAMOS HOY EN DÍA PARA HACER ESTA CIRUGÍA, CONSIDERO PARTE DEL INICIO, PIONERO, EN ESTE TIPO DE CIRUGÍAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS."

También sabemos que hay muchos pacientes que tienen un problema significante de la válvula pero tienen pocos síntomas y es bien difícil convencer un paciente que se tiene que operar, si se siente bien, pues no quieren, pero ofreciéndole esta cirugía los pacientes aceptan y eso beneficia a largo plazo porque la sobrevivencia del paciente va ser mayor.

La experiencia del especialista en esta intervención es importante, ¿qué tanto se practica en nuestra región?

En EE.UU. no hay mucho cirujano haciendo esto porque tienen que aprender después de la práctica y tiene que saber reparar y reemplazar las válvulas con el pecho abierto para hacerlo. En el INCOR en Lima, ya están empezando a hacer estas técnicas y en el futuro quiero colaborar con ellos para traerles todas las técnicas posibles para efectuar este tipo de cirugías.

¿Cuánto y cómo se han ido puliendo las técnicas desde que se inicio la cirugía mínimamente invasiva?

La mejoría ha sido increíble, las técnicas que usamos como los resultados es bueno y esperamos que en el futuro con nuevos instrumentos o nuevas técnicas que estamos pensando en hacer, esperamos que sea mucho más fácil.

¿En cualquier parte el corazón se puede llegar con esta técnica?

Si hay que hacer reconstrucción del ventrículo, musculo del corazón, en esa cirugía hay que hacerlo a pecho abierto porque está en la punta del corazón. Cuando operamos una válvula estamos enfocando en un sitio, dos o tres válvulas, pero cuando se puede llegar por el lado derecho. Cuando es ventrículo es más por detrás, la espalda. El campo es más grande. Es poca cirugía que hacemos que requiere reconstruir el ventrículo. En su mayora casi todas las partes del corazón se pueden reparar mediante una cirugía mínimamente invasiva.

DR. JOSÉ DIEZ: "TENEMOS QUE MEJORAR LOS DISPOSITIVOS"

Por su parte, el Dr. José Diez, especialista en cardiología intervencionista en el Texas Heart Institute, señala que los avances en técnica intervencionista en la que existe un riesgo extremo o moderado, y hay una expansión de las indicaciones, no se debería extrapolar los dispositivos que fueron desarrollados para un problema en especifico sino que se deben desarrollar otros, para ese tipo especifico de situación.

"TENEMOS QUE MEJORAR LOS DISPOSITIVOS, NO PODEMOS UTILIZAR ALGO QUE FUE DESARROLLADO PARA UN PROBLEMA, SE EXTRAPOLE DIRECTAMENTE PARA OTRA SITUACIÓN, HAY QUE MODIFICAR ESA TECNOLOGÍA."

¿En qué consiste la cardiología intervencionista?

Lo que se ha optado para enfermedad valvular es que en vez de hacer la cirugía cortando el tórax o incluso por la pared costal, de las costillas, se puede realizar tan solo puncionando la arteria. Se pone un poco de anestesia y con una aguja se llega a la arteria en la que se pone una guía que es como una riel muy delgada. Y sobre esa guía se basan catéteres y sobre esos catéteres podemos comprimir una válvula. Entonces la válvula puede ser directamente llevada a la válvula aórtica o pulmonar, eso ya está disponible y es de uso cotidiano y claramente aprobado. Para la válvula mitral y tricúspide, que son otras dos válvulas diferentes que están todavía en investigación.

¿Y Cómo funciona esta válvula?

Funciona expandiéndose, lo que tenemos es, en la posición aórtica, si la válvula aórtica, se ha cerrado con mucho calcio y está muy gruesa lo que hacemos es colocar un catéter de tal forma que lo podemos dilatar primero y posteriormente implantar un stent y dentro de ese stent, va la válvula y eso nos permite que eso quede abierto. La experiencia ahora muestra que tenemos en Europa más de diez años y en EEUU nuestro estudio de investigación ya está pasando el quinto año con muy buena durabilidad. Lo que colocamos es un stent y dentro está la válvula que se coloca en la válvula aótica mitral, tricúspide o pulmonar y básicamente se utiliza estos casos, cuando normalmente la válvula se abre, que se plega muy bien, pero cuando se enferma está gruesa, esclerosada con mucho calcio, entonces tenemos que colocar esa válvulas para repararlas.

¿En qué caso se usa esta técnica y no la que se opera entre la pared costal?

Cuando el riesgo del paciente es aún muy alto o en muchos casos extremo, cuando el paciente tiene problemas renales o problemas pulmonares y que, siquiera someterlo a una anestesia general o cortarle una parte del tórax sería contraproducente. Para ellos se desarrollaron estas válvulas percutáneas por catéter pero recientemente y a partir de este año, se ha visto para la válvula sapiens o coronal, cómo se puede colocar incluso en riesgo moderado. Entonces aquellos pacientes que no están tan enfermos y que pudiesen ser llevados a cirugía se les pudieron colocar esas válvulas demostrando que no había diferencia, ambas son igual de eficientes, la diferencia es el tiempo de hospitalización y la complejidad del proceso y la posibilidad de complicaciones por eso es una rama en crecimiento.

¿Quiénes fueron los pioneros en esta intervención?

Los pioneros fueron en Europa, la primera fue colocada en Francia y tuvo gran acogida en Alemania y toda la Unión Europea lo desarrolló. EEUU y otros países lo han seguido, pero Latinoamérica no estaba atrás, hay disponibilidad de estudios de investigación que se inician en Brasil y Argentina, pero ahora Latinoamérica desde México hasta Argentina lo está implantando. En Perú está disponible en una experiencia reciente y creciente que tenga el conocimiento en INCOR, pero muy posiblemente otros centros continuarán adoptando la tecnología, entrenándose, comprendiéndola y desarrollándola.

¿Ese procedimiento no requiere de anestesia?

No en la mayoría de casos. Hay algunos pacientes que se van a mover y no podemos permitirles que se muevan en un procedimiento tan delicado que requieren para estos mucha anestesia y la respiración debe ser apoyada así sea temporalmente con entubación, entonces si se puede hacer con anestesia local y un poco de sedación pero depende del paciente, tiene que colaborar, no estar confundido, no ser reaccionar ante ningún estímulo durante el procedimiento.

¿Qué avances en esta técnica es la que va compartir con médicos peruanos?

No solo la experiencia que ha sido el alto riesgo o extremo, se va discutir el riesgo moderado y la expansión de las indicaciones. Estamos colocando cuando está cerrada pero qué pasa cuando está completamente abierta, insuficiente. O qué pasa cuando en vez de tener las tres válvulas nació con solo dos, por ejemplo.

¿Qué indica la evidencia científica en estos casos?

Que es posible, que funciona, pero tenemos que mejorar los dispositivos, no podemos utilizar algo que fue desarrollado para un problema, se extrapole directamente para otra situación, hay que modificar esa tecnología. Pero para eso también se requiere del apoyo de la industria.

Dieta Cetogénica es más efectiva para masa muscular

Estudios demuestran que se consigue preservar la masa muscular y se puede combatir la obesidad que genera problemas de salud.

El estudio español CetoPnK, que demuestra que la dieta cetogénica es cinco veces más efectiva en la preservación de la masa muscular que las dietas hipocalóricas, ha llevado a la comunidad médica a preguntarse si la dieta hipocalórica es la mejor opción para tratar la obesidad, un problema de salud que actualmente afecta a más de 600 millones de personas en el mundo, según la Organización Mundial de la Salud.

El referido estudio, publicado recientemente en The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism (JCEM), demuestra que con la dieta cetogénica realizada en base a una metodología de pérdida de peso llamada Método PnK® se consigue preservar la masa muscular, porque por cada 20 kg de peso perdido, solo el 5% (1 kg) es masa muscular, en cambio con la dieta hipocalórica el 25% del peso que se pierde es masa muscular.

La importancia de preservar la masa muscular radica en que ésta es responsable del nivel de funcionalidad del paciente, del gasto metabólico –la energía que gasta el organismo para funcionar- y uno de los factores responsables a tener en cuenta también para evitar la recuperación del peso.

Este estudio, que es el primero en analizar los efectos en la composición corporal y la masa muscular en pacientes obesos que perdieron peso con la dieta cetogénica baja en grasas del Método PnK®, fue realizado en el Hospital Clínico de Santiago de Compostela (España) bajo la coordinación del Dr. Felipe Casanueva, ex Presidente de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y Jefe del Servicio de Endocrinología y Nutrición de dicho hospital, usando tres métodos de estimación estandarizados y validados: DXA, MF-BIA y ADP.

Analizar los kilos perdidos en la pérdida de peso es importante porque lo que se busca es maximizar la pérdida de grasa, preservando al máximo la masa muscular. Por esta razón, perder un kilo de masa muscular por cada 20 kg que se pierde indica una elevada calidad de pérdida de peso.

El Estudio CetoPnK, promovido por PronoKal Group®, multinacional española especializada en tratamientos médicos de pérdida de peso y programas de mejora de la salud, muestra que la dieta cetogénica baja en grasas estudiada (Método PnK®) consiguió un descenso importante y rápido de peso en los pacientes, alrededor de 20,8 kg en solo 4 meses, llegando a conseguir una reducción del 40% de la masa grasa inicial presente en el organismo.

Además, la pérdida de peso con esta dieta cetogénica baja en grasas tiene una mayor especificidad por la grasa visceral y, por tanto, ofrece una mayor calidad de pérdida de peso, pues los pacientes en estudio logran una pérdida del 56% de la grasa visceral inicial. Una cifra muy alentadora y de repercusiones muy positivas en la salud de los pacientes si tenemos en cuenta la implicación directa de esta grasa localizada en el abdomen con otras complicaciones cardiometabólicas.

Por otra parte, la masa muscular esquelética se mantuvo a lo largo del tiempo y no se vio afectada por esa reducción importante de peso. Como consecuencia, se evidenció un mantenimiento de la fuerza de los sujetos medida por dinamómetro manual, e incluso un ligero aumento de la fuerza prensil, respecto al inicial, durante la etapa de cetosis, lo que podría interpretarse como un aumento en la funcionalidad de estos individuos.

"CON LA DIETA CETOGÉNICA REALIZADA EN BASE A UNA METODOLOGÍA DE PÉRDIDA DE PESO LLAMADA MÉTODO PNK® SE CONSIGUE PRESERVAR LA MASA MUSCULAR, PORQUE POR CADA 20 KG DE PESO PERDIDO, SOLO EL 5% (1 KG) ES MASA MUSCULAR, EN CAMBIO CON LA DIETA HIPOCALÓRICA EL 25% DEL PESO QUE SE PIERDE ES MASA MUSCULAR."

FARMACOLOGÍA

DRA. MARÍA VICTORIA MATEOS, PhD, HEMATÓLOGA DEL HOSPITAL DE SALAMANCA

Daratumumab: El futuro del tratamiento del mieloma múltiple

Existen nuevas y mejores terapias contra el mieloma múltiple pero en un futuro, probablemente, se llegue a tratar pacientes sin mieloma activo, es decir, tratar enfermedades casi asintomáticas, que impactarán mucho más en la calidad de vida del paciente, señala la especialista de España, quien además nos da más alcances al respecto.

¿Cómo ha evolucionado el tratamiento del mieloma múltiple?

Hace 20 años tratábamos al paciente con quimioterapia convencional y la primera gran innovación que se hizo fue cuando introdujimos el trasplante autólogo, con eso conseguimos que el paciente con mieloma tuviera una vida más larga. Sin embargo, el gran avance que se produjo en el tratamiento de los pacientes con mieloma fue antes de que comenzara el presente siglo 21, fue a finales de los años 90 cuando empiezan a surgir fármacos nuevos con diferente mecanismo de acción que primero se utilizó en el tratamiento con pacientes de mieloma en caída y que han pasado a formar parte del tratamiento de la primera línea.

¿P**acientes en recaída que han tenido tratamiento con quimioterapia o trasplante autólogo?**

Mieloma en recaída es mieloma cuya enfermedad vuelve después de haber recibido una primera línea, y la primera línea puede ser un trasplante autólogo, si el paciente es joven, si tiene un buen estado general, para recibir un trasplante. Si es mayor de 65 años y no es candidato a trasplante, habitualmente ha recibido también un tratamiento basado en fármacos nuevos. Pero sin el trasplante, después de un intervalo libre de tratamiento, después de un periodo en el que el paciente está sin tratamiento, la enfermedad vuelve y nos encontramos con el paciente en la recaída.

¿En qué porcentaje los pacientes recaen?

Diríamos que de manera natural todos los pacientes con mieloma recaerían, porque al mieloma tenemos que seguir considerándolo como una enfermedad incurable de tal manera que lo que estamos viendo es que cada vez utilizaos tratamiento más eficaces en el momento del nuevo diagnóstico y eso hace que la duración de la primera respuesta sea mucho más larga ahora que lo que era en el pasado, con lo cual realmente la recaída se produce más tarde. Al mismo tiempo sabemos que hay un porcentaje pequeñito de pacientes que nunca van a recaer. Esos pacientes estarían potencialmente curados pero no lo podemos identificar, por lo cual de manera general debemos decir que el mieloma es una enfermedad incurable y que en la práctica, el total de los pacientes acabarán cayendo.

¿Cuál era la supervivencia antes de las alternativas de tratamientos innovadores?

Le puedo decir que antes de la incorporación de los nuevos fármacos el promedio de supervivencia global de los pacientes con mieloma estaba entre los tres y cuatro años, de tal manera que al final el recorrido de los pacientes con mieloma era corto

¿Y cuánto de alargado con las nuevas terapias?

La supervivencia ha aumentado y el promedio se ha duplicado, entre siete y ocho años. Ahora tenemos pacientes con mieloma que viven con la enfermedad por más de 10 años y no es algo extraño, antes eso era la excepción, pero ahora cada vez hay más pacientes que fueron diagnosticados hace diez años o más y que continúan vivos, muchos de ellos en remisión y ello es en gran medida por la incorporación de los nuevos fármacos.

¿El tratamiento con los medicamentos innovadores se suministra después de la primera línea de tratamiento o cuándo el paciente presenta una recaída?

Depende de que tipos de fármacos nuevos. De la última generación, como puede ser los anticuerpos monoclonales, que son realmente la novedad o lo que ha representado la innovación más reciente en el tratamiento del mieloma, al principio se introduce en pacientes en fases avanzadas de la enfermedad, es decir cuando ya han recibido no una sino tres o cuatro líneas de tratamiento, de manera que exponemos al fármaco y al paciente como en el peor de sus situaciones, y en esa situación, comprobamos que esos fármacos nuevos como son los anticuerpos monoclonales funcionan, con lo cual el paso inmediatamente siguiente es mover esos fármacos eficaces en la fase avanzadas hacia fases anteriores de la enfermedad, por lo cual ya tenemos anticuerpos monoclonales, que ya estamos utilizando en el momento de la primera recaída incluso en ensayos clínicos los pacientes ya lo están recibiendo en primera línea.

¿Qué pasa después de este periodo de 8 a 10 años, hace resistencia el cáncer a este fármaco?

Es una posibilidad, porque la mayoría de los tratamientos ahora se administra de manera continua, de manera que al final el paciente va agotar ese tratamiento y va acabar siendo resistente, pero afortunadamente tenemos una gran cantidad de nuevos fármacos que están surgiendo de modo que frente a la resistencia de un fármaco, ya tenemos otros con diferente mecanismo de acción que puede vencer la resistencia.

¿Los anticuerpos monoclonales, están aprobados en el mercado global para los pacientes en recaída o ya están aprobadas como tratamiento de primera línea?

En Europa y EE.UU. incluso en Perú, puedo decir que los fármacos más innovadores, como los anticuerpos monoclonales, dirigidos contra una molécula especifica que es el CD38, como es el daratumumab, se aprobó primero para la fases avanzadas de la enfermedad pero este fármaco, concretamente, el desarrollo clínico que ha tenido ha sido tan amplio que prácticamente al mismo tiempo que se ha aprobado para las fases avanzadas, en pocos meses ya está también aprobado para pacientes que han recibido solo una línea de tratamiento previa, con lo cual los pacientes lo pueden recibir dependiendo del momento en el que se encuentren. Vamos a tener pacientes que vienen ya de haber recibido varias líneas de tratamiento y pueden recibirla en monoterapia y habrán pacientes que estén recayendo en el momento actual y ya en la primera recaída también pueden recibir estos anticuerpos monoclonales.

¿Cuál es el paciente ideal para estos tratamientos innovadores y cuál no califica para ser tratado?

En el mieloma no tenemos todavía ningún marcador biológico que nos prediga que paciente puede ser sensible y refractario, en concreto cuando hablamos de los anticuerpos monoclonales dirigidos con CD38, si el marcador biológico es CD38, que se expresa en todos los pacientes con mieloma de manera universal e uniforme, con lo cual prácticamente todos los pacientes serían candidatos a recibirlo porque además, en añadido, tiene un perfil de toxicidad muy bueno, de tal manera que pacientes con determinadas comorbiliodades o más avanzada edad o con estado general no tan bueno también se pueden beneficiar con el fármaco porque la toxicidad que va aportar es prácticamente nula.

¿Contraindicaciones no tiene?

Son las potenciales reacciones a la infusión fundamentalmente durante la primera infusión y son reacciones de tipo respiratorio, de tal manera que la única posible contraindicación que yo podría ver serian pacientes con problemas pulmonares muy severos, en la que no existe una contrain-

> **"La supervivencia ha aumentado y el promedio se ha duplicado, entre siete y ocho años. Ahora tenemos pacientes con mieloma que viven con la enfermedad por más de 10 años y no es algo extraño, antes eso era la excepción"**

"EL FÁRMACO ACTÚA, ES UN ANTICUERPO MONOCLONAL SE LLAMA DARATUMUMAB Y VA DIRIGIDO ESPECÍFICAMENTE CONTRA LA MOLÉCULA CD38, QUE SE EXPRESA EN LA SUPERFICIE DE LAS CÉLULAS PLASMÁTICAS, QUE SON LAS CÉLULAS TUMORALES."

dicación formal al médico le diera miedo prescribir el fármaco por si acaso durante la infusión se pudiera poner en potencial riesgo la vida del paciente pero creo que con esa excepción diría que el resto de pacientes pueden ser potenciales candidatos a recibirlo.

¿Cómo actúa el fármaco?

El fármaco actúa, es un anticuerpo monoclonal se llama daratumumab y va dirigido específicamente contra la molécula CD38, que se expresa en la superficie de las células plasmáticas, que son las células tumorales. De tal manera que cuando se une lo que desencadena son una serie de mecanismos que van encaminados a destruir a la célula plasmática per se. Pero además de este efecto de la unión a las células plasmática y activar una serie de mecanismos para que se destruya la célula plasmática tiene un efecto sobre las células de nuestro sistema inmune, de tal manera que escapa de activar y de estimular al linfocitos T, que son células que todos tenemos a nuestro organismos que contribuyen a atacar al tumor. Tiene un doble mecanismo de acción por un lado directo a la célula tumoral y por otro estimulando al ejército que tenemos para atacar, y resulta más fácil de entender que es un fármaco que por sí solo es eficaz en el tratamiento de la enfermedad.

¿Solo hay un tratamiento monoclonal como opción?

Daratumumab ha sido, es el primer anticuerpo monoclonal como fármaco único aprobado para el tratamiento del mieloma. Si bien hay en desarrollo clínico otros anticuerpos monoclonales dirigidos también contra CD38, y hay otros para tratar el mieloma, tienen una diferencia: los otros anticuerpos monoclonales diferentes a los que van dirigidos contra CD38, no son eficaces como fármacos únicos en monoterapia, necesitan combinarse con algo para potenciar la eficacia.

¿Con qué se combinan?

Se combina con fármacos inmunomoduladores, que contribuyen a destruir la célula plasmática y también a estimular el sistema inmune fundamentalmente son los acompañantes ideales para combinar los anticuerpos monoclonales.

¿Daratumumab se ha aprobado solo en monoterapia?

Este tratamiento está aprobado en monoterapia pero también ya en combinación con inmunomoduladores o con inhibidores de proteasoma en fases mucho más precoces en pacientes en primera recaída.

¿Y qué ha demostrado?

En monoterapia en fases avanzadas de la enfermedad ha demostrado prolongar la supervivencia de pacientes con mieloma, en esa situación era esperado que los pacientes no vivieran más allá de ocho meses y con daratumumab en monoterapia la mediana es de 20 meses. Pero el mayor beneficio obviamente es en pacientes en primera recaída cuando se combina con fármacos inmunomoduladores o inhibidores de proteasoma, en el que el beneficio que se ha conseguido es tremendo en tasas de respuestas. Los pacientes hacen remisión completa hasta en un 50% y ello se traduce en una sub prolongación muy importante de la supervivencia libre de progresión. Responden muy bien y la respuesta les dura mucho, de hecho en el momento actual el promedio de seguimiento de los estudios esta aproximadamente en dos años y todavía el 50% de los pacientes no han progresado, realmente los datos son muy positivos.

¿Cuál es el pronóstico para el otro 50% que progresan?

Tenemos más opciones de tratamiento para rescatar a los pacientes porque ahora mismo tenemos otros anticuerpos monoclonales como los inhibidores de los checkpoints, los cuales en combinación con los fármacos inmunomoduladores son eficaces. Tenemos nuevos inhibidores de proteasoma, nuevos fármacos inmunomoduladores y tenemos incluso la terapia celular para poder rescatar a estos pacientes, con lo cual lo mejor es que respondan todos los pacientes pero para aquellos que no respondan tenemos opciones de rescate. Y el 50% de los pacientes hacen respuesta completa. La mejor calidad de la respuesta, responder per se, responde casi el 90% de los pacientes.

¿Cómo llegan a los consultorios estos pacientes dados que son pacientes de edad avanzada y la enfermedad en el principio no genera síntomas notables?

Los pacientes cada vez el mejor conocimiento de la enfermedad hacen que lleguen en mejor estado. Antes el médico esperaba a que tuvieran mucha manifestación clínica para tratar a un paciente mientras que ahora se sabe que tenemos el marcador del componente monoclonal, que cuando empieza a aumentar sabemos que el paciente va tener una recaída clínica y antes que el paciente note algún síntoma y empecemos a ver que la hemoglobina baja o que le duela algún hueso, empezamos a tratar mucho antes. El futuro del tratamiento del mieloma probablemente sea cada vez más tratar pacientes con mieloma, pero sin mieloma activo, de tal manera que podamos tratar enfermedades casi asintomáticas que obviamente van a impactar mucho más en la calidad de vida del paciente porque vamos a preservarla lo más posible, lo cuáles importante. Entonces diría que cada vez estamos venido a pacientes que llegan con mejor estado general, si bien hay otros que llegan con muchos dolores óseos por afectación del mieloma a los huesos, con fatiga o cansancio y hay muchas veces que tienen también un papel importante todas las enfermedades con comitantes que el enfermo tiene. Pero cada vez creo que los pacientes llegan en mejor estado.

¿Cómo es la calidad de vida del paciente durante el tratamiento con anticuerpos monoclonales?

Con todos estos nuevos fármacos innovadores es mejor cada vez, porque son fármacos cuyo perfil de toxicidad es muy bueno, además el médico conoce bien cómo manejar los posibles efectos secundarios de tal manera que el impacto en la calidad de vida del paciente cada vez es menor y es un ejercicio que el médico debe hacer y diría que es obligado porque ahora mismo estamos planteando tratamientos prolongados para los pacientes con mieloma y obviamente un tratamiento prolongado tiene que ser por definición bien tolerado porque sino el paciente va discontinuar el tratamiento y vamos a perder la posibilidad de tener un beneficio en eficacia.

¿Cuál es su reflexión final sobre la enfermedad y sus alternativas de terapia?

Tenemos fármacos nuevos para mieloma, que realmente los nuevos empezaron con los inhibidores de proteasoma y los inmunomoduladores pero a lo largo de los años estamos asistiendo a la introducción de la segunda generación de estos fármacos, pero también la innovación llega de la mano de fármacos de mecanismo de acción diferente y la innovación máxima en el momento actual son los anticuerpos monoclonales, y en este sentido daratumumab, que ha sido el primero, que como fármaco único, se ha aprobado para el tratamiento de los pacientes con mieloma y espero que de aquí a un futuro muy próximo lo introduzcamos este anticuerpo monoclonal como parte de todas las línea de tratamiento de los pacientes con mieloma.

Como tratamiento gold estándar para pacientes con mieloma, ¿En cuánto tiempo podría suceder dada la eficacia que ha mostrado?

No tardará mucho porque la investigación clínica avanza muy rápido y ya hay miles de pacientes en el mundo incluido en ensayos clínicos en los que estos fármacos innovadores se han incorporado ya al nuevo diagnóstico, con lo cual no tardaremos en tener resultados y si son positivos como se espera, formarán parte de los estándares.

SOCIEDADES MÉDICAS

X FORO IBEROLATINOAMERICANO DE ENTIDADES MÉDICAS

Eutanasia no es un acto médico

El rechazo de la Eutanasia como acto médico, la seguridad del paciente, educación médica y acceso a medicamentos fueron temas claves en el X Foro Iberolatinoamericano de Entidades Médicas.

Médicos latinoamericanos, reunidos en el X Foro Iberolatinoamericano de Entidades Médicas, celebrado en Ciudad de Panamá, han puntualizado que la eutanasia, **"en ningún caso"** debe ser una actividad médica y que una legislación permisiva con esta práctica frenaría la implicación, tanto científica como asistencial, de algunos médicos y profesionales de la salud en la atención a unos enfermos sin posibilidad de curación que requieren una considerable dedicación de tiempo y recursos humanos.

"La eutanasia traslada un mensaje social negativo a los pacientes más graves e incapacitados, que pueden ser coaccionados a solicitar un final más rápido al suponer que son una carga inútil para sus familias y la sociedad. Por vocación, formación y mentalización, quien elige la Medicina como razón de ser sabe que todos sus esfuerzos, todo su saber, estriban en salvar la vida de sus pacientes y ahorrarle cuanto sufrimiento sea posible, no puede dedicarse simultáneamente a terminar con su vida. La eutanasia en ningún caso debe ser una actividad médica", han detallado en la llamada 'Declaración de Panamá'.

Otro punto importante tocado en el Foro fue la seguridad del paciente en la que se identificaron potenciales fallos en los servicios de salud, recordando que la seguridad del paciente es un principio fundamental de la atención sanitaria, por la que se propuso un registro, análisis y prevención de los potenciales fallos en la atención dispensada por los servicios de salud.

Además, se discutió sobre la calidad en la formación de los futuros médicos latinoamericanos y de los planes de estudio en medicina, que se debe fundar en un adecuado diagnóstico de necesidades del sistema de salud de cada país, rechazando la comercialización "indiscriminada" de la educación médica, ya que en varios países de Iberoamérica, las universidades que imparten la carrera de Medicina afrontan un presupuesto **"insuficiente, debilidades en la gestión administrativa, falta de actualización en los métodos de enseñanza-aprendizaje y poco incentivo para la investigación original".**

Del mismo modo, los expertos reflexionaron han sobre el acceso justo a los medicamentos, recordando que una de cada tres personas en el mundo no tiene acceso a medicamentos esenciales, proporción que aumenta en los países de bajos recursos, como es el caso de Perú quien tiene uno de los presupuestos más bajos en salud en la región.

Los médicos identificaron múltiples causas que contribuyen a la falta de medicamentos, particularmente asociados a actores financieros que ven como único fin el obtener la máxima rentabilidad, dejando en un segundo plano el derecho a la salud de los ciudadanos.

Ante esto, han subrayado la importancia de tomar medidas que faciliten a todas las poblaciones el acceso a los medicamentos necesarios, sin poner en riesgo la existencia misma de los sistemas de salud y la propia vida de los ciudadanos.

También, como es tendencia en países como Chile, los médicos se han referido a la judicialización de la medicina, señalando que es una condición básica que a los profesionales médicos les defiendan organizaciones médicas, y que las instituciones promuevan estrategias de protección social impulsando programas específicos en este sentido, incluyendo medidas preventivas y/o paliativas.

"SE DISCUTIÓ TAMBIÉN SOBRE LA CALIDAD EN LA FORMACIÓN DE LOS FUTUROS MÉDICOS LATINOAMERICANOS... QUE SE DEBE FUNDAR EN UN ADECUADO DIAGNÓSTICO DE NECESIDADES DEL SISTEMA DE SALUD DE CADA PAÍS, RECHAZANDO LA COMERCIALIZACIÓN "INDISCRIMINADA" DE LA EDUCACIÓN MÉDICA"

Congreso Andino de Neumología y Neumología Pediátrica 2017

Boehringer Ingelheim presentó en el Congreso Andino de Neumología y Neumología Pediátrica 2017 los últimos avances en la prevención de exacerbaciones para los pacientes con EPOC.

Durante el Programa Congreso Andino de Neumología y Neumología Pediátrica 2017 organizado por la **Sociedad Peruana de Neumología**, la compañía farmacéutica Boehringer Ingelheim presentó el simposio "Apuesta por una mejor calidad de vida. Control de riesgo de exacerbaciones en la EPOC" a cargo del Dr. Abraham Alí Munive (Colombia).

La EPOC es una enfermedad respiratoria progresiva (que empeora con el tiempo) e irreversible que se caracteriza por un bloqueo persistente del flujo de aire. Siendo la falta de aire (disnea), tos, silbidos y mayor producción de esputo (moco o flema) los síntomas más comunes. En estos casos, la prevención y tratamiento es primordial, ya que de esta manera evitaremos complicaciones, como las exacerbaciones.

Las exacerbaciones son consideradas como episodios de inestabilidad que favorecen a la progresión de la enfermedad, disminuyen la calidad de vida del paciente, aumentan el riesgo de defunción e incrementan los índices de hospitalización.

Bajo este contexto, el Dr. Munive se reunió con los especialistas neumólogos para brindarles información sobre los últimos avances en la prevención de exacerbaciones para los pacientes con EPOC, lo cual viene contribuyendo en el mejoramiento de la salud en las personas quienes padecen de esta enfermedad. Tal es el caso del fármaco Spiolto® Respimat®, doble combinación broncodilatadora (tiotropio+olodaterol) que cumple la función de tratamiento de mantenimiento, para aliviar los síntomas de pacientes adultos con esta enfermedad.

"En la actualidad disponemos de evidencia científica acerca de la importancia de la prevención de las exacerbaciones en la EPOC, así como del resultado que ha logrado alcanzar la combinación del tiotropio+olodaterol al duplicar los beneficios clínicos; mejorando el manejo de los síntomas, manteniendo al paciente más activo y con una mejor calidad de vida. Estamos frente al único tratamiento cuyo anticolinérgico (Tiotropio) no ha sido superado en prevención de exacerbaciones que se asocia fuertemente a la mortalidad" precisó el especialista.

ESSALUD PUBLICA LISTA DE TRABAJADORES CAS QUE PASARÁN A RÉGIMEN 728

El presidente ejecutivo de EsSalud, Gabriel Del Castillo Mory, dispuso la publicación de la primera lista de trabajadores de la institución que pasarán del régimen CAS (Contrato Administrativo de Servicios) al Régimen Laboral 728, de acuerdo a lo establecido en la Ley N°30555.

El titular de EsSalud aseveró que su gestión valora y reconoce la labor que realiza cada uno de los trabajadores en beneficio de los asegurados.

De acuerdo a lo estipulado en el Decreto Supremo Nº 012-2017-TR que aprueba el Reglamento de la Ley Nº 30555, EsSalud cumple con emitir una resolución con el listado de los trabajadores que cumplen con los requisitos señalados en el artículo 3 de la Ley y en el artículo 3 del reglamento, para efectos de su incorporación al régimen laboral de la actividad privada. El trabajador incluido en el listado deberá presentar una solicitud conforme al formato contenido en el Anexo 1 del reglamento de la Ley 30555, lo que tendrá carácter de declaración jurada.

Asimismo, EsSalud ha conformado una Comisión de Incorporación, la misma que se encargará de establecer el cronograma y los plazos para la atención de las solicitudes de los trabajadores no incluidos en el listado, pero que consideren estar comprendidos en el ámbito de aplicación de la Ley y su Reglamento.

Nuevas técnicas: Odontología Estética Digital Adhesiva

El director Dens In Dents, Dr. Juan Pablo Sánchez presenta una nueva técnica integral de odontología estético funcional

El Diseño Digital Personalizado de la Sonrisa, consiste en la utilización de un software informático altamente tecnológico que ayuda a diseñar y planificar el tratamiento adecuado para cada paciente. El procedimiento se inicia tomando una serie de fotografías de los dientes y el rostro del paciente, para así lograr un diseño acorde con sus características faciales. Luego, estas son analizadas en el computador para elegir el tamaño, la forma, la curva y el volumen de su nueva sonrisa.

Una vez digitalizada la nueva sonrisa se procede a realizar las impresiones para los modelos dentales, estos serán encerados para plasmar las características al nuevo modelo y con estas mejoras se podrá hacer un MockUp, de manera que el paciente podrá ver un "antes" y "después" antes de iniciar el tratamiento

Al respecto el director Dens In Dents, Dr. Juan Pablo Sánchez, indicó, **"Esta es una nueva tecnología que estamos seguros dará mucha satisfacción a las personas que elijan realizarse el procedimiento. El Diseño Digital Personalizado de la Sonrisa nos permite planificar cada caso; así como un arquitecto se vale de herramientas de diseño antes de construir un proyecto, el Diseño Digital Personalizado de la Sonrisa nos permite planificar con mayor certeza nuestros casos estético-funcionales".**

También destacó, que el Diseño Digital Personalizado de la Sonrisa puede ser "probado" físicamente en la boca del paciente utilizando un material provisional (MockUp). De esta manera, los resultados finales están garantizados por el equipo de profesionales calificados, que están en constante formación para estar a la vanguardia de la última generación en tratamientos.

Dens In Dents, es el centro odontológico especializado en Odontología Digital Adhesiva, dirigida por el Dr. Juan Pablo Sánchez. Asimismo, ofrece los servicios de Rehabilitación Oral y Estética Adhesiva, Periodoncia e Implantes Dentales, Ortodoncia, Endodoncia, Cirugía Oral y Ortognatica, Odontopediatría.

genia tech

EMPRESA CON CERTIFICADO DE CALIDAD LSQA SEGÚN LA NUEVA ISO 9001:2015

GENIA TECH SAC, se ha convertido en una de las primeras empresas que obtiene el certificado de Calidad de LSQA conforme a la nueva versión de la Norma ISO 9001:2015, **"Para el proceso de comercialización de Equipos y Reactivos para la Industria Hospitalaria y Laboratorios"**

GENIA TECH SAC ha logrado este reconocimiento tras superar con éxito el proceso de Certificación de Gestión de la Calidad a la nueva versión de la ISO 9001; dicho proceso culminó a finales de Junio, con la auditoría de certificación por parte de LSQA, que comprobó la adecuada adaptación del Sistema de Gestión a los requisitos de la nueva versión de la Norma.

Este proceso no se hubiera logrado sin la cofinanciación del Programa Nacional de Innovación para la Competitividad y Productividad (Innóvate Perú) del Ministerio de la Producción, a los cuales les estamos muy agradecidos.

Innóvate Perú

PUBLIREPORTAJE

TECNOLOGÍA MÉDICA

PUCP DISEÑA EQUIPO DE ALTA TECNOLOGÍA CON RECURSOS LOCALES

Regenerador de tejidos blandos y óseos

Desarrollo de un equipo biomédico que integra métodos combinatorios de estimulación celular en tejidos dañados.

En el Perú los equipos médicos de alta tecnología suelen ser importados a muy altos costos y su aplicación se limita a grandes centros hospitalarios que solo encontramos en las más importantes ciudades del país. No hay un desarrollo local de tecnologías médicas que puedan abarcar las necesidades de cobertura en los diferentes servicios de salud. Muchas veces ni siquiera se logran asimilar completamente los principios de las tecnologías adquiridas para ampliar las aplicaciones a nuevos tratamientos clínicos por falta de servicios de soporte técnico y desarrollo de investigaciones. En los tratamientos en medicina regenerativa es frecuente el uso de fármacos que reducen su efectividad cuando se trata de enfermedades crónicas. No obstante, especialistas ucranianos desarrollaron principios para la regeneración de tejidos por medio de técnicas con factores físicos que llevados a equipos médicos resultan muy eficaces en la regeneración de tejidos blandos y óseos. En la PUCP se ha diseñado un equipo de alta tecnología con recursos locales que integra en un mismo aparato médico las diferentes técnicas de regeneración de tejidos por medio de los factores físicos.

ESTIMULACIÓN DE TEJIDOS CON FACTORES FÍSICOS

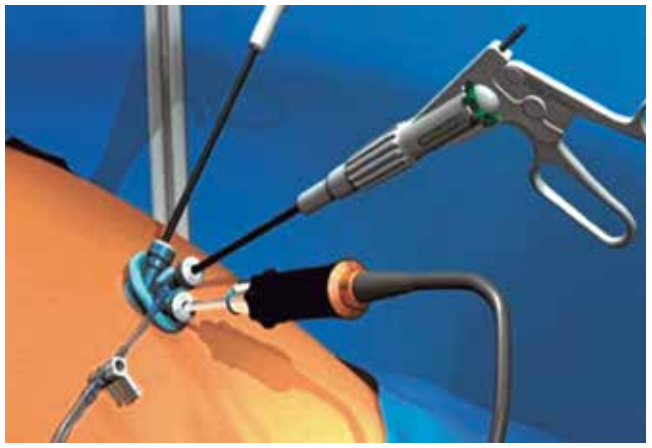
Existen patologías de difícil curación que requierende tratamientos con acción regeneradora de tejidos como lo son: úlceras varicosas, quemaduras, artrosis, artritis, traumas, alergias y terapias físicas. En los estudios se ha demostrado que los factores físicos actúan sobre las células por medio de micromasajes que las reaniman y las vuelven más funcionales cuando ha habido un daño en los tejidos. Los factores físicos de microestimulación y micromasaje celular estudiados son cuatro: luz láser, luz Led, ultrasonido y campos magnéticos. La investigación en la PUCP ha logrado diseñar un equipo que integra los cuatro factores físicos como parte de la tendencia en la tecnología electrónica de desarrollar equipos biomédicos con varias funcionalidades. Cada factor físico tiene un beneficio particular debido a que cada uno tiene un nivel de profundidad en el alcance de su acción que va de lo más superficial hasta los cuatro centímetros de penetración en la piel. El conocimiento de los principios de acción de cada factor físico y del funcionamiento de los componentes en los circuitos electrónicos ha permitido realizar las pruebas médicas que validan la utilidad del regenerador de tejidos en diferentes enfermedades

EFECTIVIDAD DE LA COMBINACIÓN DE FACTORES FÍSICOS

En el Hospital Dos de Mayo se desarrollaron las pruebas de validación médica del regenerador de tejidos. Se aplicaron varias combinaciones para el tratamiento del hombro doloroso, que tiene una curación complicada, causa dolores intensos en las articulaciones y solo se trata con ampollas que también resultan muy dolorosas cuando se aplican.

De la combinación de la luz Led con los campos magnéticos se obtuvo un efecto mitigador del dolor muy considerable y rápido que mejoró los ritmos de movimiento y las funciones musculares en las personas que padecen de este mal. El desarrollo del regenerador de tejidos demostró que un manejo combinado de los diferentes factores físicos eleva considerablemente la efectividad del tratamiento. La importancia de conocer el efecto de cada factor físico en las células está en que delimitan los factores físicos específicos que son susceptibles a cada tipo de tejido. Cada tejido requiere de una longitud de onda particular para acceder a la estimulación del micromasaje. A la vez, cada aplicación requiere de un estudio clínico que determine la combinación de los factores físicos idóneos para cada tratamiento. El proyecto ha pasado a desarrollar pruebas en casos de pie diabético para encontrar la combinación de los factores que puedan cerrar ese tipo de heridas. Al final, el proyecto concluirá con una guía práctica para el uso del dispositivo en las diferentes aplicaciones o enfermedades que necesitan del tratamiento regenerador.

'Evotool', previene errores en laparoscopías



Nuevo dispositivo fue presentado en EAES Congress organizado por la Asociación Europea de Cirugía Laparoscópica.

Evotool, es una nueva herramienta que tiene como objetivo mejorar la experiencia del cirujano en laparoscopia, de forma que ayuda a evitar sobrecargas en la espalda y los brazos del médico para reducir de este modo la posibilidad de errores por parte del cirujano. Nueva herramienta fue presentada en el International EAES Congress organizado por la Asociación Europea de Cirugía Laparoscópica.

Según investigaciones previas, el actual diseño de mango de las herramientas convencionales para las cirugías mínimamente invasivas (MIS) es el principal causante de estos problemas, debido a la pobre adaptación ergonómica de dichos mangos a las necesidades del cirujano.

Para evitar estos problemas, el Instituto de Diseño para la Fabricación y Producción Automatizada (IDF) y el Centro de Investigación e Innovación en Bioingeniería (CI2B) de la UPV, en colaboración con el Área de Simulación del Hospital La Fe de Valencia, han diseñado Evotool, una nueva herramienta con la que el cirujano puede adoptar posiciones más beneficiosas para su musculatura durante la operación.

Evotool otorga al médico mayor grado de libertad postural y por tanto más comodidad, lo que ayuda a evitar sobrecargas en espalda y brazos durante operaciones prolongadas. El cirujano puede variar el ángulo de trabajo de la herramienta sin que ello implique adoptar una posición de trabajo incómoda.

Diario Médico
www.diariomedio.pe

EDITOR EJECUTIVO
ALEJANDRO CHANG
EDITOR PERIODÍSTICO
DANNY ANTARA
director@diariomedico.pe / editor@diariomedico.pe

REDACCIÓN: Patricia Chumo, Ingrid Vásquez
prensa@diariomedico.pe
FOTOGRAFÍA PERIODÍSTICA: News Report
DIAGRAMACIÓN/ RETOQUE: Jano Chang V. / Aldo Méndez
EDICIÓN VIDEO HD-TV: Durán Córdova Zacarías, Javier Ramírez
EDITOR WEB: Héctor Cubillas

ÁREA COMERCIAL: Giovana Landaeta - 993301800
publicidad@diariomedico.pe
SUSCRIPCIÓN: Flor Córdova Zacarías
CONTABILIDAD: Mario León Vargas
ASESORA LEGAL: Dra. Ana Martell Mena

GERENTE GENERAL: ALEJANDRO CHANG FARFÁN
director@diariomedico.pe

PUBLICIDAD: MARIELA LIRA
mlira@diariomedico.pe
Teléfono: 997370853

IMPRESO EN:
EDICIONES E IMPRESIONES NOCEDA

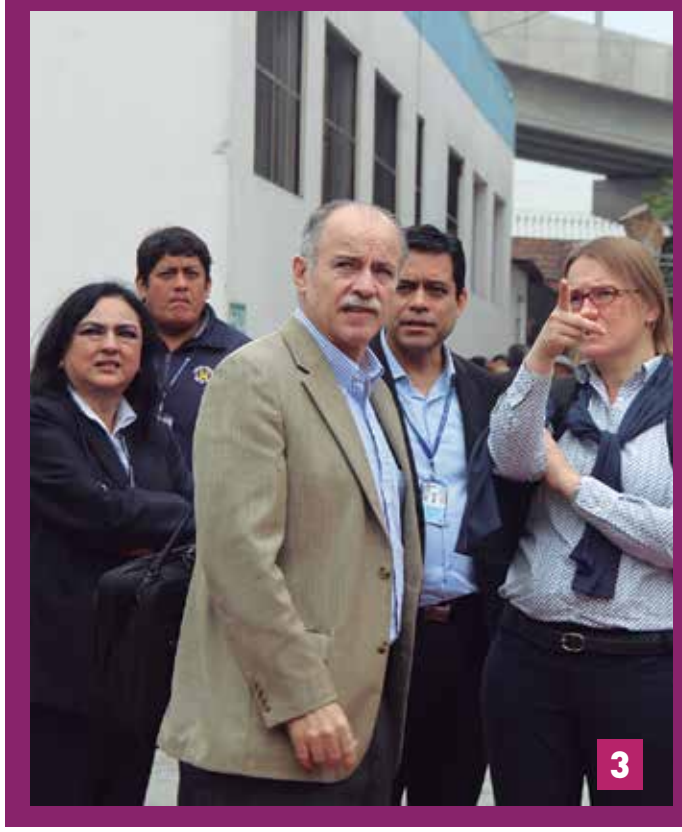
DIARIO MÉDICO PERÚ es editado por el **Grupo Enfoque Económico SRL**. Prohibida la reproducción total o parcial de contenidos de esta revista sin mencionar la fuente. **DIARIO MÉDICO** se rige bajo los alcances de la Ley 26842, Ley General de Salud, publicada el 9 de julio de 1997 y en el marco del Capítulo III en los artículos 71. Adicionalmente, al amparo de la Ley 29459, de Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios, aprobada y publicada el 26 de noviembre del año 2009 y al amparo del Capítulo X y de los artículos 39 al 42, de la promoción y publicidad. **DIARIO MÉDICO** es una publicación quincenal impresa, especializada y dirigida exclusivamente a los profesionales de la industria farmacéutica, sanitaria y médica que prescriben y dispensan medicamentos de uso ético y general.

enfoque económico
OFICINA DE REDACCIÓN:
Ataulfo Argenta195, Urb. Las Magnolias - San Borja / Lima
TEL. 51.1. 998589697 / 51.1.2264223 / 51.1.2255526
prensa@diariomedico.pe
wwww.diariomedico.pe

EVENTOS & PROTAGONISTAS

1

2



3

FOTOS 1, 2 Y 3
BANCO MUNDIAL EN HOSPITAL 2 DE MAYO

Representantes del BM visitaron las instalaciones del Hospital Nacional Dos de Mayo para conocer las necesidades más importantes que se tienen en nuestro nosocomio y al mismo tiempo dar a conocer estas necesidades al Ministerio de Salud, para que se pueda hacer énfasis en invertir en esos rubros.

FOTOS 4, 5 Y 6
INSN-SB: "PINTAR PARA SANAR"

El proyecto "PINTAR PARA SANAR" cuenta con el apoyo de Asociación Juguete Pendiente, American Colors y artistas pintores, brindando a los pacientes un ambiente cálido en habitaciones con dibujos coloridos y creativos que trasmitan mensajes positivos.

4

5

6

LIMPIEZA | MANEJO DE DESPERDICIOS | SEGURIDAD | MANEJO DE MATERIALES | SERVICIOS DE ALIMENTOS | SOLUCIONES PARA BAÑOS

Contáctenos a:
rubbermaidcommercialconosur@newellco.com
www.rubbermaidcommercial.com

Rubbermaid® Commercial Products
Trabaja Eficientemente
A Newell Rubbermaid Brand

TM TOP MEDICAL

SUSCRIBASE Y ANUNCIE EN TOP MEDICAL, LA REVISTA DE LA INDUSTRIA SANITARIA Y FARMACÉUTICA EN EL PERÚ

TELÉFONOS: 01.2255526 / 01.2264223 / RPC 998589697
PRENSA@DIARIOMERICO.PE / PUBLICIDAD@DIARIOMEDICO.PE
WWW.DIARIOMEDICO.PE

FOTOS 1, 2, 3 Y 4
CAMPAÑA 49 MISION CARITAS FELICES EN LA CLINICA DELGADO

Más de 200 padres y madres de familia de diferentes partes del país, llegaron hasta las instalaciones de la Clínica Delgado para que sus niños con labio leporino y/o paladar hendido, pudieran ser evaluados por médicos de la Misión Caritas Felices y así acceder a una cirugía correctiva. “Este año hemos operado a más de 70 niños en Lima”, señaló Lissel Krüger, Directora General de la Misión Caritas Felices.

FOTOS 5 Y 6
CAMPAÑA DE LACTANCIA MATERNA EN HOSPITAL LOAYZA

La Directora General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, doctora Victoria Bao Castro presidio un colorido pasacalle y premiación del ‘Bebé Mamoncito’ culminó la campaña gratuita con motivo de la ‘Semana de Lactancia Materna’.

FOTOS 7, 8 Y 9
SOCIEDAD PER. DE ODONTOPEDIATRÍA

La XIII Jornada Nacional “Mónica Valencia Bazul” de la Sociedad Peruana de Odontopediatría. El Dr. Juan José Aguado Donayre, presidente de esta sociedad, que celebra su 64° aniversario, dio la bienvenida a todos los presentes y agradeció a los distinguidos Conferencistas Nacionales e Internacionales, a los integrantes del Comité Científico, quienes confeccionaron el programa, realizaron la revisión y selección de los trabajos que fueron presentados.

DR. ROBERTO DAMMERT

Cirugia General, Laparoscopica y Bariatrica Licenciado en Medicina - Cirugia General en la Universidad de San Martín de Porres. IRCAD. American Institute of Telesurgery, Barretos, Sao Paulo, Brasil. Disciplina académica Cirugia Bariatrica y Metabolica Trabajo actual: Cirugia General y Laparoscopica- Cirujano Afiliado Clinica Delgado Auna

Dr. Roberto Dammert

Cirujano Laparoscópico de la Clínica Bellavista Auna

WHO IS WHO

"La mejor excusa para hacer locuras es estar enamorado"

El Dr. Dammert, es cinturón marrón en Jiu Jitsu, deporte del cual se enamoró después de haber practicado hasta cinco tipos de artes marciales, llegando incluso a cinturón negro en judo. Proviene de una familia de médicos y confiesa que ha hecho locuras por amor.

¿Cuál fue su apodo durante la infancia?

Me decían "Mono", ¿por qué? Era la tormenta perfecta: me parecía a uno, me encantaba subir en los árboles del colegio y mi madre me mandaba plátanos en la lonchera (risas).

¿Y qué lo llevó a practicar jiu-jitsu?

Un largo camino desde la adolescencia por aprender deportes de combate, empecé en taekwondo, seguí por full contact, box, Muay thai, aikido hasta que un día vi el primer UFC en el cual Royce Gracie, un cinta negra de jiujitsu bastante delgado le ganaba a todo el mundo haciendo jiujitsu, empecé haciendo judo, del cual soy cinturón negro y al llegar el jiujitsu brasileño al Perú empecé a entrenarlo, llegando a cinturón Marrón, cinturón que poseo ahora. El motivo es sencillo, buscar un arte marcial eficiente y a la vez que me sirva de ejercicio.

¿Qué peleas consideras que son las más difíciles?

Las que tienen un contendiente bueno o fuerte, y a la vez que son las que más satisfacen, porque si ganas sabes que te costó y si pierdes diste todo de ti, es bueno ser competitivo. Hace ya unos años me alejé de las competencias porque uno no puede exponerse a lesiones fuertes por la carrera; pero hay sparrings bastante fuertes

¿Con qué deportista te gustaría enfrentarte?

Siempre me ha gustado enfrentarme a la gente fuerte, al que cuando entra al gym la gente mira con cara de miedo cuando. Me acuerdo de mi entrenamiento con Carlos "Chiquito "Zegarra, actual Presidente de la Federación Peruana Deportiva de Judo, de 2,04 mts y 180 kilos, fue una experiencia que me llenó de lesiones y humildad jajaja. Si fuera más joven y pudiera competir me encantaría contra Roger Gracie o Rodolfo Vieira aunque saldría bastante dañado.

"¡Qué mejor excusa para hacer locuras, que estar enamorado! La mayor hasta ahora fue hacer mis maletas e irme a Hong Kong por 25 horas de vuelo para ver a alguien porque la extrañaba o irme a vivir un tiempo con ella a Rusia..."

¿Cómo sería para ti la felicidad perfecta?

La felicidad perfecta es un momento, no hay que exigirle a la vida una felicidad perfecta sino metas cumplidas, con estabilidad y momentos de felicidad es todo lo que puedo aspirar.

¿Cuál es el rasgo que más te define?

La ironía, ser directo en lo que digo y hago y la perseverancia

¿Por qué estudiaste medicina?

Provengo de una familia de médicos, la mayoría radica en el extranjero; pero dos tíos míos, en particular el hermano de mi padre que es cirujano pediatra en Estados Unidos, fueron una gran influencia para mí. Mi padre siempre amó la médicina, a pesar de haber tenido dos carreras me apoyó mucho en la decisión y en la carrera. La cirugía es mi pasión sin duda.

¿Cuál sería para ti un día perfecto?

Cual escena de película en un día de campo soleado en cultivo de heno o la hierba con la persona que amo.

¿Cuándo fue la última vez que lloraste?

La última vez que volví a ver Cinema Paradiso de Giuseppe Tornattore, no se por qué; pero terminé llorando cual Magdalena.

¿Qué no te gusta de tu apariencia?

Me siento bien conservado para mi edad; pero me gustaría rebajarme unos kilitos de más (bastantes).

¿Qué lugar del mundo escogerías para vivir los últimos años?

El Sur de Francia, sin duda

¿Cuál fue el último piropo que recibió o que te dieron?

Yo los doy cada vez que puedo, ya que la belleza es algo que merece celebrarse, obviamente sin faltar el respeto. ¿El último piropo que recibi? Cuando me encontré con una amiga de la infancia y su hija adolescente dijo: "mami, qué cuero tu amigo" y mi amiga la mandó callar, me dio mucha gracia.

¿Qué deporte extremo no se atrevería a hacer?

He hecho y sigo haciendo todos los que he podido; pero estoy reservando los de paracaidismo para mi vejez por si algo falla (risas).

¿Qué travesura de infancia jamás olvida?

El recuerdo de salir corriendo con todo agrrando la pelota despues de haber roto un foco, ventana, etc.

¿Ha hecho alguna locura por amor?

Qué locura no habré hecho por amor ¡Qué mejor excusa para hacer locuras, que estar enamorado! La mayor hasta ahora fue hacer mis maletas e irme a Hong Kong por 25 horas de vuelo para ver a alguien porque la extrañaba o irme a vivir un tiempo con ella a Rusia. Locuras maravillosas que espero que no acaben porque son mis mejores recuerdos.

¿Si te vas a una isla alejada del mundo que llevarías contigo?

Mi perro Paco, mi iPhone y mi televisor con Netflix

¿En qué animal te gustaría reencarnarte?

Un tiburón blanco, magnífico y poderoso animal. Con mi suerte me reencarno en foca

¿Qué canción canta en la ducha?

Canto horrible, sin duda y veces tengo arranques de cantar Granada, Nessum Dorma bajo la ducha, se acercan más a alaridos sin duda (risas).

¿Qué actriz le gustaría que toque a su puerta y qué le diría?

A Alexandra Daddario, actriz que sale en la última versión de Baywatch y le diría: "por favor dime que el mundo acabó y que solo quedamos tú y yo".

¿Qué sueño le gustaría cumplir?

Conocer a alguien especial, tener una familia, viajar todo lo que puedo y leer y ver todo lo que quise.

BIO E

¿Por qué elegir
BIOEQUIVALENTES EUROFARMA?

- Actúan de la misma manera que el medicamento de referencia
- Tienen el mismo principio activo
- Llegan con la misma velocidad y cantidad a la corriente sanguínea
- Producen el mismo efecto terapéutico

SEGURIDAD CALIDAD + **EFICACIA** TERAPEUTICA + **PRECIO** COMPETITIVO

= **MEJOR COSTO BENEFICIO** para los pacientes, garantizando la adherencia al tratamiento con resultados comprobados.

Visite la página web: **www.bioequivalenteseurofarma.com**

45 Años Eurofarma
Ampliando horizontes