Diario Médico

WWW.DIARIOMEDICO.PE

INFORMACIÓN Y NOTICIAS PARA LA INDUSTRIA MÉDICA Y SANITARIA

WWWW.DIARIOMEDICO.PE | AÑO VII - NÚMERO 071 | EDICIÓN MARZO/ ABRIL 2018 | EDITADO POR GRUPO ENFOQUE ECONÓMICO

RELATOS Y ESTADÍSTICAS DE SOBREVIVIENTES A LA ENFERMEDADES CARDÍACAS

Vivir para contarlo

De cada dos mujeres que sufren de infarto de miocardio se mueren casi todas (1.8). Esta enfermedad mata más que el cáncer de mama a pacientes mayores de 55 años. Pocas lo saben porque casi nadie vive para contarlo, además los síntomas son distintos al de un hombre. Aquí una radiografía de cómo está en Perú y el mundo en enfermedades cardiovasculares y sus principales condiciones gatillantes.

Sumario:

ACTUALIDAD:

Al año, 2,500 niños son diagnosticados con talla baja en INSN Breña

La talla baja en los niños tiene causas que podrían deberse a la ausencia de alguna hormona, en la actualidad este mal tiene tratamiento efectivo que incluso es cubierto por el Seguro Integral de Salud. Aquí una entrevista con el Dr. Carlos Del Aguila Villar del INSN Breña.

FARMACOLOGÍA

"OBINUTUZUMAB SERÍA EL NUEVO ESTÁNDAR PARA LF"

Después de 15 años de tratamiento con tasas altas de éxito para el linfoma folicular con quimioterapia y rituximab, aparece una nueva alternativa que puede convertirse en el nuevo estándar en un corto periodo.

INVESTIGACIÓN MÉDICA:

"LA MUJER NO DEBE PERDER EL ÚTERO POR NINGÚN MOTIVO"

El Dr. Eduardo Sánchez Cavero, ha logrado extirpar con éxito el útero de la mujer un mioma de más de 7 kilos, considerado uno de los más grandes del mundo.

OPINIÓN:

CÁNCER DE BOCA: UNA ENFERMEDAD SILENCIOSA Y MORTAL

El 95% de los casos de cáncer en boca corresponden al carcinoma epidermoide que se origina en las células epiteliales de la superficie de la mucosa bucal.

POSGRADO
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

ACTUALIDAD

Minsa: 250 nuevos centros de salud mental

MINSA Proyecta tener 281 Centros de Salud Mental Comunitarios dentro de 3 años.

En el Perú actualmente existen 31 Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), 20 hospitales con servicios de salud mental, 6 hogares protegidos (casas para atención a pacientes) y 120 establecimientos con personal capacitado para abordar este tipo de enfermedades, atendiendo a 1 millón 29 mil personas, lo que representa solo el 20% de la población que requiere tratamiento.

Es por este motivo que el entonces Ministro de Salud, Abel Salinas Rivas, ha anunciado que espera llegar a tener para dentro de tres años 281 CSMC, 62 hospitales con servicios de salud mental, 170 hogares protegidos y 1124 establecimientos de salud con al menos un especialista que atienda a la población, con lo cual se busca lograr una cobertura de 3 millones 181 mil personas.

Esta proyección la dio a conocer ante la Comisión de Inclusión Social y Personas con Discapacidad del Congreso de la República. **"Debemos trabajar juntos en una política nacional de salud mental que perdure en el tiempo. La sumatoria de esfuerzos desde el Poder Legislativo y el Poder Ejecutivo será beneficiosa para la población",** subrayó.

La meta para este 2018 es implementar 100 CSMC para lo cual se están realizando coordinaciones multisectoriales, y con los gobiernos regionales y locales a fin de garantizar el servicio para la población. **"Una de esas acciones será incorporar estos centros comunitarios en el programa 'Barrio Seguro' que lidera el Ministerio del Interior"**, apuntó

Asimismo, señaló que el Programa Presupuestal de Control y Prevención en Salud Mental del Minsa incrementó su asignación presupuestal de S/ 86 millones en el 2015, a 185 millones de soles en el presente año. Otros de los puntos de su ponencia ante esta comisión fue en temas referidos a la lucha contra la anemia y desnutrición crónica, discapacidad así como los ejes estratégicos del Pacto por la Salud.

REGLAMENTO DE ENFERMEDADES RARAS ESPERA SUGERENCIAS

Con la finalidad de recibir los aportes y sugerencias de los representantes de las diferentes asociaciones de pacientes y sociedad civil, en su conjunto el Ministerio de Salud (Minsa) pre publicó, en su portal web, el proyecto de reglamento de la Ley Nº 29698, que declara de interés nacional y preferente atención el tratamiento de quienes padecen de Enfermedades Raras o Huérfanas.

La pre publicación estará disponible durante 30 días para recibir los puntos de vista de los pacientes y la sociedad civil, conforme lo establece la ley, para posteriormente realizar su publicación definitiva.

"Los pacientes venimos solicitando desde hace mucho tiempo la implementación de este reglamento a través del plan nacional de enfermedades raras porque facilitará la detección temprana, el diagnóstico y el acceso a los tratamientos; aspectos fundamentales para mejorar la calidad de vida de quienes sufrimos estos males", detalla María Lourdes Rodríguez, presidenta de la Federación Peruana de Enfermedades Raras (FEPER).

La ley N°29698 se aprobó en el Perú en junio de 2011. Sin embargo después de casi 7 años los pacientes y sus familiares, siguen esperando que el Ministerio de Salud firme el reglamento que servirá para que la ley 29698 se haga efectiva.

El proyecto de reglamento consta de nueve capítulos que incluyen puntos clave como: el plan nacional de prevención, diagnóstico, atención integral de salud, tratamiento, rehabilitación, monitoreo, elaboración de un registro nacional de pacientes y atención integral de salud con medicamentos, financiamiento y acciones complementarias.

INCOR busca acreditación JCI

El Instituto Nacional Cardiovascular (INCOR) de EsSalud realizó un acto simbólico para dar inicio a la etapa de implementación que permitirá obtener la acreditación internacional de la 6ta. edición de la Joint Commission International (JCI), reconocida por ser una institución, líder mundial en la calidad de la atención de la salud y seguridad del paciente.

Actualmente el INCOR pasó a la etapa final de implementación y para lograr obtener la acreditación internacional deberá continuar sometiéndose a un riguroso proceso a cargo de los evaluadores de la JCI, quienes verifican más de 200 estándares de calidad y más de mil 300 elementos medibles, garantizando que el establecimiento de salud goce de calidad, seguridad, y mejora continua en la atención del paciente.

De lograr la acreditación, el INCOR cumpliría con los más altos estándares de calidad mundial en la atención de la salud y la seguridad del paciente convirtiéndose en la primera institución pública en el Perú y América Latina que alcanza reconocimiento internacional, mejoraría la imagen frente al asegurado, además, sería un incentivo para la acreditación de otros centros de salud.

Es importante señalar que el certificado de acreditación es una evidencia de que el centro de salud que la obtiene, ofrece un cuidado clínico a sus pacientes tan igual como en los mejores hospitales del mundo.

Las bases que la rigen son la Excelencia Clínica, la minimización de riesgos para los pacientes en aspectos como la verificación de la idoneidad del personal médico, de enfermería que conforma la institución de salud, entre otros, no obstante, los estándares exigidos por JCI van evolucionando para incorporar a ello los más recientes avances de la medicina a nivel global y ponerlos a disposición de los pacientes.

En base a dichos estándares y procesos que se deben seguir, el INCOR concentra sus esfuerzos para dar continuidad a este largo y complejo proceso de acreditación que debe empezar a dar frutos concretos y resultados a fines del 2018. Una vez lograda la meta el INCOR será un referente de calidad en el rubro de la salud, a nivel nacional y mundial.

"EL INCOR CUMPLIRÍA CON LOS MÁS ALTOS ESTÁNDARES DE CALIDAD MUNDIAL EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE CONVIRTIÉNDOSE EN LA PRIMERA INSTITUCIÓN PÚBLICA EN EL PERÚ Y AMÉRICA LATINA QUE ALCANZA RECONOCIMIENTO INTERNACIONAL"

DIPLOMADO

Auditoría Médica Basada en la Evidencia

¿POR QUÉ ELEGIR EL DIPLOMADO?

DOBLE CERTIFICACIÓN
— Diplomado Especializado en Auditoría Médica Basada en la Evidencia.
— Certificado del Módulo de Auditoría en el Ámbito Clínico, Ámbito Laboral y Salud Ocupacional.

COLEGIATURA OFICIAL
Registro de Auditor Médico del Colegio Médico del Perú.

PROFESORES CON EXPERIENCIA EN EL SECTOR SALUD
Reconocidos por su formación académica y una trayectoria en la dirección de las organizaciones más importantes del sector.

MISIONES ACADÉMICAS INTERNACIONALES OPCIONALES
Enriquecemos tu visión global con semanas de estudios opcionales en Harvard University (DCE), Kellogg School of Management, Babson College, Silicon Valley, China, entre otros.

Inicio de clases:
25.05.18

Charla Informativa:
Miércoles 11 de abril
07:00 p.m.
Hotel Aku
Ignacio Merino 160, San Isidro

Conversemos
Chat en línea:
upc.pe/chatepg
Celular: 913 027 648
katty.villanueva@upc.pe

POSTGRADO | UPC Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas is accredited by the WASC Senior College and University Commission (WSCUC), 985 Atlantic Avenue, Suite 100, Alameda, CA 94501, 510.748.9001.

WASC Senior College and University Commission

ACTUALIDAD

DR. CARLOS DEL AGUILA VILLAR, JEFE DEL SERVICIO DE ENDOCRINOLOGÍA Y METABOLISMO DEL INSN BREÑA.

Cada año, 2,500 niños son diagnosticados con talla baja en INSN Breña

La talla baja en los niños tiene causas que podrían deberse a la ausencia de alguna hormona, en la actualidad este mal tiene tratamiento efectivo que incluso es cubierto por el Seguro Integral de Salud.

¿Cuándo es que un pediatra sospecha que un niño tiene un problema hormonal que le impide crecer?

El pediatra tiene que ver si es algo nutricional, si el niño se está alimentando bien pero si sospecha que no es por eso y después de plantear un trabajo inicial no da resultado, deriva al niño al pediatra endocrinólogo, para descartar un problema hormonal.

¿Qué pruebas realiza el especialista para descartar un problema hormonal?

Depende de la sospecha diagnóstica, normalmente en el análisis de rutina se pide análisis de tiroides, de hormonas ligadas a la hormona de crecimiento. Una radiografía de la mano izquierda para ver el cartílago de crecimiento. Se pide las tallas anteriores porque es importante graficar la curva de crecimiento, se examina a los padres también y uno llega a una conclusión determinada.

¿Cuáles son las alternativas de tratamiento para un niño que tiene un problema hormonal y aquel que no lo tiene?

Si hay deficiencia hormonal hay que dar la hormona deficiente. Si es la hormona de crecimiento, se da esta misma hormona. Si es la hormona tiroidea también se da esa hormona. Si no tiene ninguna causa aparente, ni genética, nutricional u hormonal, se hace un seguimiento. En algunos casos a pesar que no haya nada se podría pensar en la hormona de crecimiento para mejorar la expectativa de talla pero esos pacientes hay que seleccionarlos bien no se puede usar indiscriminadamente. Ese tratamiento es tan valioso que no se puede indicar a cualquier persona porque no todos responden igual.

¿El Seguro Integral de Salud cubre el tratamiento para niños con deficiencia hormonal?

El SIS, cubre el tratamiento para niños con deficiencia con hormona de crecimiento y para niñas con lo que se llama síndrome de Turner, que es una anomalía genética que se expresa con talla baja y por dificulta para entrar a la pubertad.

¿Por cuánto tiempo se medica y en qué edades debe ser?

En el sindroma de Turner apenas desacelera en los dos años y antes de los cinco años y, en deficiente por hormona de crecimiento, en el momento en el que se diagnostica. Cuanto más temprano mejor. Es más eficiente el tratamiento hasta que se cierre el cartílago de crecimiento. Lo ideal es que no entre a la pubertad para que tenga el cartílago abierto. Si el cartílago se va cerrando es menos la respuesta.

¿Es sencillo reconocer a un niño con problema hormonal de manera clínica?

Eso depende de la severidad del cuadro. Cuando el cuadro es florido los niños son pequeñitos son apenas proporcionaditos, con voz aguda. Pero a veces el cuadro no están florido y solamente hay deficiencia de la velocidad de crecimiento. El truco está en que cualquier niño con problema hormonal no crece. Si el niño va creciendo, por más que me traigan pruebas de que tiene deficiencia se le hace más caso a la gráfica de crecimiento.

¿Tratándose de una terapia con hormonas que afectan funcionamiento normal del cuerpo requiere de un monitoreo especial?

Sí, cuando está mal indicado surgen los efectos secundarios. La literatura reporta hasta accidentes cerebrovasculares en la adultos y tumores ocios. Pero si uno indica bien, evita los efectos secundarios. Por eso se tiene que monitorear por análisis de sangre y la radiografía en la manera como crece el niño.

¿Este monitoreo es hasta la adultez?

Si la deficiencia es solamente de la hormona de crecimiento se revalúa al final del crecimiento pero si va continuar recibiendo en la adultez, porque la deficiencia puede ser crónica hasta la adultez, se debe monitorear. El adulto también tiene hormona de crecimiento pero normalmente es baja.

¿De ser crónica y no recibir la hormona que peligro trae al paciente?

Si no recibe hormona de crecimiento tiene riesgo cardiovascular. Normalmente los que tienen deficiencia de hormona de crecimiento aislado no continúan pero es un problema de la hipófisis, que compromete las hormona de crecimiento y otras hormonas, generalmente es para toda la vida.

¿Qué tan frecuente es este problema en el Instituto de Salud del Niño Breña?

La deficiencia de hormona de crecimiento no es tan frecuente acá, es de 1 o 2% de todos los pacientes que vienen por talla baja.

¿Esto a pesar que son muchos los niños con talla baja en el país?

Lo que pasa es que no hay una estadística que se refiera a talla baja, solo hay estadística que se refiere a desnutrición crónica. Porque cuando uno dice que hay desnutrición crónica no es que hayan examinado al paciente sino solo lo han pesado y tallado, por lo que suponen que hay desnutrición.

Si un niño tiene padres altos y no tiene problema hormonal pero es bajito, ¿no es problema?

Cuando el niño tiene talla baja y no tiene problema hormonal, genético y sus padres son altos, se les llama de talla baja idiopática y está aprobado en EE.UU. por la FDA, dar tratamiento. Pero se sabe que no todos responden igual al tratamiento porque cada uno tiene una alteración genética que no tiene que ver con la hormona sino con la formación de sus huesos. El problema en el mundo es conocer quienes responden mejor y quiénes no. Lo ideal es dar hormona de crecimiento durante seis meses y ver quienes responden bien y quiénes no. En esas condiciones es a partir de los 5 años, hasta antes de la pubertad. Este es un tratamiento diario en las noches y a las dosis que corresponde. No obstante, el costo de este tratamiento es muy alto.

En el Instituto de Salud del Niño Breña, ¿cuál es la causa más frecuente o motivo de consulta?

Es el servicio de endocrinología pediátrica es la obesidad, seguido de la talla baja familiar, retardo de crecimiento constitucional, después vienen la causas hormonales y genéticas. Nosotros atendemos en este servicio 10 mil niños al año. 4 mil niños cada año en este servicio son diagnosticados con obesidad y 2.500 con talla baja.

"EL PEDIATRA TIENE QUE VER SI ES ALGO NUTRICIONAL, SI EL NIÑO SE ESTÁ ALIMENTANDO BIEN PERO SI SOSPECHA QUE NO ES POR ESO Y DESPUÉS DE PLANTEAR UN TRABAJO INICIAL NO DA RESULTADO, DERIVA AL NIÑO AL PEDIATRA ENDOCRINÓLOGO, PARA DESCARTAR UN PROBLEMA HORMONAL."

DHA^ + MFGM°

Tu estimulación y una alimentación adecuada

IMPULSAN UN DESARROLLO MENTAL SUPERIOR*

MARCA #1 RECOMENDADA POR PEDIATRAS #

°Concentrado de proteína de suero (Denominado MFGM por el fabricante).^Ácido Docosahexaenoico. #Fuente: Brand Equity con profesionales de la salud IPSOS. Diciembre 2016. *Timby 2014, en comparación con fórmulas sin MFGM. El desarrollo mental y el aprendizaje dependen de diversos factores como una nutrición y estimulación adecuadas. Una nutrición y estimulación correcta son clave en cada etapa. En niños menores de 24 meses consulte con su pediatra. Este producto no es sucedáneo de la leche materna.

CARDIOLOGÍA

Por: Danny Antara
Editor Diario Médico
editor@diariomedico.pe

DE 6.9 MILLONES DE PERSONAS QUE MUEREN POR INFARTO CARDÍACO, EL 49% TUVO UNA HIPERTENSIÓN NO CONTROLADA

Vivir para contarlo: Estadísticas y relatos de sobrevivientes a infartos

De cada dos mujeres que sufren de infarto de miocardio, casi todas se mueren(1.8). Esta enfermedad mata más que el cáncer de mama a pacientes mayores de 55 años. Pocas lo saben porque casi nadie vive para contarlo, además los síntomas son distintos al de un hombre. Aquí el relato de los sobrevivientes y una radiografía de cómo está en Perú y el mundo en la enfermedad cardíaca y sus condicionantes.

Clara Pérez (65), había acudido a sus labores después de recuperarse de una gripe. Las múltiples tareas de la jefatura que ocupaba no le permitían muchas horas de descanso. El ajetreo de su actividad fue menos llevadero cuando empezó a sentir distintas molestias, una de ellas en la espalda que se presentó con un dolor agudo. **"Lo primero que pensé fue que eran estragos de la gripe"** indica. Pero estaba equivocada. Su corazón estaba sufriendo un infarto.

Los síntomas de un infarto en una mujer son muy distintos al del hombre. Es por eso que la mayoría, aún con conocimientos de esta enfermedad, tardan un poco más en darse cuenta de lo grave de su condición. Clara, para su buena suerte es médico, Jefa del Departamento de Pediatría del INEN, su especialidad es pediatría oncológica, es por eso que su sospecha la llevó de inmediato a caminar unos pasillos más, y consultar con su colega cardiólogo, las posibles causas de su malestar.

"Para mi suerte este evento ocurrió dentro de un hospital. Mi diagnóstico fue infarto de miocardio. Además tenía un factor de riesgo que yo misma desconocía: soy hipertensa y me enteré ese mismo día" subraya Clara, quien después de cinco años, lleva un mejor control de su salud.

"Los médicos pasamos los días viendo pacientes pero a veces no tenemos conciencia de nuestra propia salud", repara la doctora.

La suerte que corrió Clara, no es la de muchas. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en el mundo. 17.5 millones de personas mueren cada año a casusa de esta enfermedad, lo cual representa el 37% de todas las muertes, seguidas por el cáncer (8,8 millones), enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones), según cifras de la OMS.

A diferencia de los hombres, para las mujeres la enfermedad cardíaca es más letal. En el grupo etario de mujeres mayores de 65 años, el 35% muere de un infarto. Lejos de otras condiciones que también matan al género femenino: cáncer de mama (2%) y osteoporosis (7%). No obstante, estas dos últimas enfermedades son las principales preocupaciones de las mujeres al acudir a una consulta, desconociendo que pueden estar en la letal cifra del 35%.

Uno de los motivos de que la mayoría de mujeres no conozca mucho de esta condición tiene que ver con que son pocas las que han vivido para contarlo, según señala el Dr. Enrique Ruiz, médico cardiólogo e investigador. Pues según las estadísticas de la OMS, de cada 2 mujeres que sufren de un infarto, 1.8, fallece. Es decir, **"casi todas mueren"** replica el Dr. Ruiz. Hecho distinto es la condición del hombre que de cada 3 casos, dos se salvan y uno vive contar su experiencia.

"Yo tampoco entendía lo afortunada que había sido hasta que mi médico me dijo que pertenezco a una muy pequeño grupo de mujeres que están dentro de las estadísticas que se salvan de un infarto, porque la mayoría muere. En mi caso ha influido mucho el que haya estado dentro de un hospital" indica la Dra. Pérez, quien el mismo día de su condición fue trasladada a una clínica para que le practicaran un cateterismo, por la arteria femoral para la colocación un stent que repara la obstrucción de la arteria que tenía el depósito de sustancias grasas en su interior.

El infarto, ataque cardíaco o infarto agudo de miocardio, solo se da por consecuencia de los principales factores de riesgo como la hipertensión, tabaco y diabetes. Pero también existen otros factores como el estrés con el que se vive constantemente, obesidad, sedentarismo y la historia familiar. El más peligroso de todos estos, es la hipertensión. De los casi 7 millones de personas (6.9 millones) que mueren por infarto cardíaco, el 49% tuvo una hipertensión que no estaba controlada.

Esta realidad es más preocupante en EE.UU. en los que se producen 1 millón y medio de infartos por año. Es decir, cada 60 segundos se producen tres infartos cardíacos de los cuales uno no se salva, según el American Heart Association. En el Perú, en 1980 el infarto era la cuarta causa de muerte pero 20 años después, en el 2007, se ha convertido en la segunda, según datos del Ministerio de Salud de Perú.

Todo lo contrario ha pasado con las enfermedades infecciosas, en el mismo periodo de tiempo. La tasa de 200 casos por 100 mil habitantes, ha bajado a 100 por 100 mil. Una reducción del 50%. Este fenómeno se debe, indica el Dr. Ruiz, a la intervención adecuada de las vacunas o antibióticos. Pero sobre todo, a la promoción de la prevención en salud para que los niños reciban sus vacunas. Así como la concientización de los padres del lavado de manos para evitar las infecciones. **"Cosa distinta ocurre en la educación para mejorar los estilos de vida de las personas".**

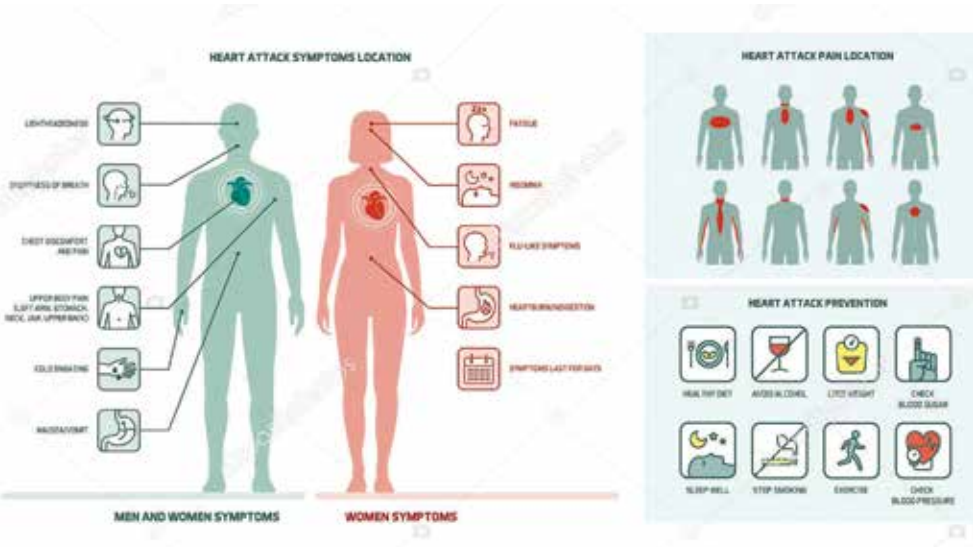
La Sociedad Peruana de Cardiología por iniciativa propia, ha querido cuantificar el problema de los infartos en el Perú y ha hecho dos registros. Uno en el 2005 y otro en el 2010. Este último llamado **"REINIMA",** el que arrojó que había 1,600 casos de infarto a nivel nacional (72% eran hombres y 27% mujeres), pero esta cifra está muy por debajo de la realidad pues en el estudio no participaron todos los centros ni las ciudades del país.

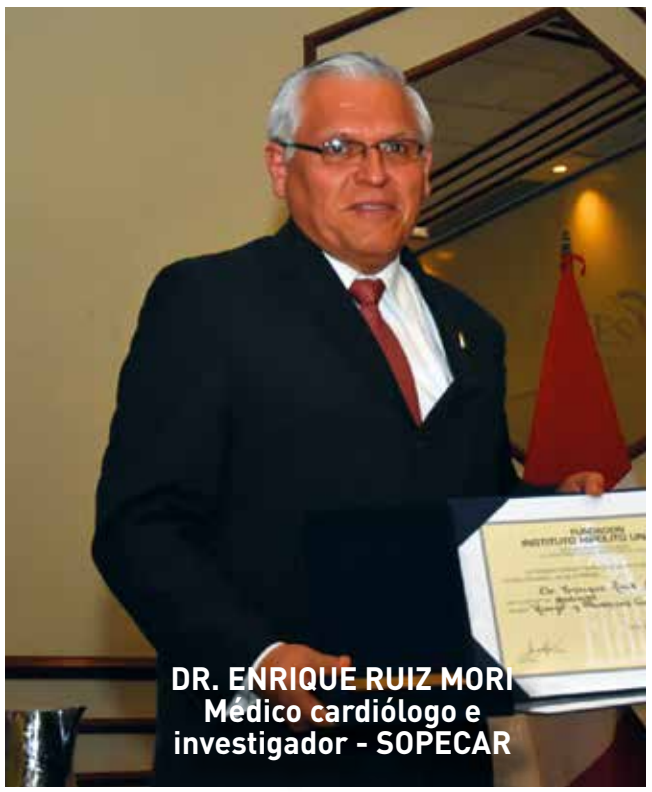
Por otro lado, no sorprende que la Dra. Pérez haya desconocido tanto tiempo que sufría de hipertensión, que es una de la condición más gatillante para desencadenar un infarto. En el Perú, según cifras de la Sociedad Peruana de Cardiología, existen 5 millones 460 mil personas con hipertensión pero menos de la mitad está

"LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES SON LA PRINCIPAL CAUSA DE MUERTE EN EL MUNDO. 17.5 MILLONES DE PERSONAS MUEREN CADA AÑO A CASUSA DE ESTA ENFERMEDAD, LO CUAL REPRESENTA EL 37% DE TODAS LAS MUERTES, SEGUIDAS POR EL CÁNCER (8,8 MILLONES), ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (3,9 MILLONES) Y LA DIABETES (1,6 MILLONES), SEGÚN CIFRAS DE LA OMS."

diagnosticada (2 millones 631 mil). Es decir, estas no saben que padecen de esta enfermedad. Además, de todo el universo de hipertensos en el país, un 20% tiene la enfermedad controlada pero el 36% de los diagnosticados, no es regular en la toma de sus medicamentos o lo abandona al cabo de un tiempo.

Este no es el caso de la Dra. Pérez, quien desde que se jubiló lleva sus controles cada cierto tiempo y tiene su hipertensión controlada. **"A veces hago algo de deporte, porque los médicos indican que no se debe de dejar de hacer. Mi hermana también tiene una hipertensión leve y controlada"** indica.




DR. ENRIQUE RUIZ MORI
Médico cardiólogo e investigador - SOPECAR

"DE CADA 2 MUJERES QUE SUFREN DE UN INFARTO, 1.8 FALLECE. ES DECIR, "CASI TODAS MUEREN" REPLICA EL DR. RUIZ. CASO DISTINTO ES LA CONDICIÓN DEL HOMBRE QUE DE CADA 3 CASOS, DOS SE SALVAN Y CUENTAN SU EXPERIENCIA."

LA HIPERTENSIÓN

La hipertensión arterial no solo es el responsable de la mitad de los infartos, también es causante del 60% de los derrames cerebrales o accidentes cerebrovascular (ACV). Este es un mal que afecta al 35% de la población mundial. En el año 1980, había 691 millones de hipertensos en el mundo pero para el 2012 la cifra subió a 1 mil millones y se estima que para el 2025 este número alcance el millón y medio, según cifras de la OMS.

Los accidentes cerebro vasculares dejan secuela en las personas que la sufren y muchas de ellas pueden quedar en estado vegetativo o morir. Justo Fernández (58) es un taxista y padre soltero, el tráfico de Lima y las cuentas por pagar, agravaban su no controlada hipertensión. Una noche sufrió un ACV, delante de sus tres hijos. Estos, actuaron rápidamente y Justo pudo recuperarse con secuelas imperceptibles.

La Sociedad Peruana de Cardiología realizó un estudio a nivel nacional al cual llamó **"Tornasol"**. El estudio se llevó a cabo en 26 ciudades y con 14 mil personas en busca de factores de riesgo para las enfermedades cardiovasculares como el tabaco, colesterol y diabetes. En el primer estudio del 2005 arrojo que la prevalencia de hipertensión fera del 23% pero en el 2011, que se vuelve a hacer el estudio la cifra subió a 27%, lo cual significa que 5 millones de peruanos son hipertensos, 1 de cada 4 personas mayores de 18 años. Una cifra que afecta no solo a Lima (costa 31%, sierra 23% y selva 26%).

La hipertensión es causada por el estilo de vida, alimentos altos en sal, tabaquismo, obesidad, estrés y carga genética. Solo por pner un ejemplo, ni siquiera un país con un sistema de salud como Estados Unidos ha podido controlar el número de hipertensos. Si bien el 80% de sus hipertensos están diagnosticados, solo el 60% tiene la enfermedad controlada, según cifras del American Heart Association.

La OMS en el 2015 fijó 19 objetivos en el mundo para reducir los indices, incluyendo el aumento del precio del tabaco, adopción de políticas nacionales para reducir el consumo de sal o la promoción de la lactancia materna, para medir la eficacia de la lucha contra las enfermedades cardiovasculares. Según su informe, solo Costa Rica e Irán fueron los dos países más **"eficientes"** en la materia, pues cumplieron con 15 de los 19 objetivos. Siguen Brasil, Bulgaria, Turquía, Reino Unido y Finlandia.

"Hay muchas personas que creen que porque no les duele la cabeza están bien de su presión, cuando la única forma de saber si estás con la presión elevada es tomándote la presión. Estas personas a veces dejan de tomar sus medicamentos porque se sientes bien o creen que ya no las necesitan" señala el Dr. Ruiz.

Si bien estas enfermedades generan pérdidas humanas, también son un problema en el coste de los países. Por ejemplo, estudio de la firma de auditoría internacional Deloitte preparado para América Latina reveló que solo en Perú se pierden 2 millones 900 mil soles al año por enfermedades cardíacas, tales como la Insuficiencia Cardíaca, el Infarto de Miocardio, la Fibrilación Auricular y la Hipertensión. Pero de las cuatro enfermedades, el Infarto de Miocardio (MI) representa el mayor costo financiero con 1,300 millones de soles seguido por la hipertensión con 453 millones. El 30% de los gastos son **"directos"**; es decir, por hospitalización, mientras que el 75% representa gasto por pérdida de productividad.

EL ESTRÉS

No solo la hipertensión, el tabaquismo, la diabetes, son causantes de la enfermedad cardíaca, también el estrés juega un papel importante. Hace un año, Luis Chirinos (58), quien doctor en Ciencias Ambientales, pasaba los días en actividad permanente como docente de una universidad privada de Lima, que acompañaba con una rutina física en un gimnasio cercano a su casa.

En el periodo de vacaciones asistía al gimnasio seis veces por semana sin aquejar dolores de cabeza ya que desde joven Luis había pertenecido a selecciones nacionales de atletismo y tenía el perfil de deportista. Nunca fumó, no tenía sobrepeso y su alimentación era saludable. **"Mi madre aquejaba los problemas de salud de una persona de ochenta años, por es para que ella no almuerce sola, la acompañaba y comía lo mismo que ella, que era comida bajo en sal y saludable pues tenía una buena dieta"** apunta.

Un domingo por la mañana, Luis decidió no ir al gimnasio, como a lo largo de esa semana. Después de ver una película en cama, en estado de reposo empieza a sentir una presión en el pecho. Ese dolor no fue tan fuerte por lo que pensó que iba a pasar. Luego empezó a tener fuertes y largos eructos, por lo que asumió que era un cólico con gases en el estómago. Al cabo de una hora, se recuesta sobre su pecho y empieza a sentir un hormigueo en la punta de los dedos con una sudoración y ya se empieza a preocupar.

"Mi hermano que trabaja en una aseguradora al verme mal, me pregunta mis síntomas, y le cuento que el dolor se va haciendo más intenso y se va alojando cerca del cuello como un ahorcamiento y sin dudarlo me lleva a un hospital. Nunca hubiera imaginado que se trataba de un infarto" relata Luis.

Cuando logran estabilizarlo con medicamentos, aún con plena conciencia y pequeño dolor en el pecho, le dan la noticia de que estaba sufriendo de un infarto. Luis no lo entendía, pues estaba en pleno descanso y había dormido bien ese día, se había cuidado nutricionalmente y había hecho deporte a lo largo de su vida, no tenía obesidad, ni diabetes, no era hipertenso ni había fumado jamás, tampoco tenía antecedente familiar de infartos, ¿qué pasó?

En las pruebas realizadas a Luis encontraron tres zonas con placas, una condición llamada arteriosclerosis, pues las placas forman coágulos que evitan el paso de la sangre al corazón y provocan un infarto, seguido de arritmias producto de la muerte de los músculos del corazón y luego el parto cardíaco y finalmente la muerte. Luis, no tuvo que llegar al fatal desenlace, fue operado a corazón abierto y le colocaron tres bypass.

Sin las condiciones de riesgo que una persona pueda tener para sufrir de un infarto, el cardiólogo que atendió a Luis, concluyó que su arteriosclerosis podría ser producto de que su organismo, a pesar de sus cuidados, tiene tendencia a generar colesterol malo en exceso, por lo que de no haberse cuidado de la forma que lo hizo la consecuencia hubiera sido peor. Pero sobre todo en este caso, el estrés habría jugado un papel importante para desencadenar la condición.

En nuestro país un estudio del Instituto Integración en el 2015, arrojó que el 58% de los peruanos sufre de estrés. La encuesta se realizó a 2.200 personas en 19 regiones del país. Las mujeres reportan mayores niveles de estrés (63%) que los hombres (52%). Esto se debe a que la mayoría de madres, asumen la entera responsabilidad del cuidado de sus hijos y del hogar pero también de los estudios y trabajo. Es por eso que están adoptando malos hábitos como el de fumar. Todo lo contrario ha ocurrido en los hombres. En el Perú antes había una tasa de 27% de tabaquismo en hombres y esa cifra ha bajado al 23% segùn el MINSA.

Hoy en día, Luis ha vuelto a su vida normal pero cumpliendo al pie de la letra con los cuidados que el médico aconseja. Su labor como docente, lo llevó a comunicar su caso a sus alumnos quienes han tomado conciencia de sus estilos de vida. Tres de ellos ya han pasado consulta con un cardiólogo y dos se han diagnosticado con hipertensión. Luis, no pierde oportunidad de advertir a sus colegas sobre la enfermedad cardíaca a fin que otros corran con su misma suerte: la de poder vivir para contarlo.

CLARA PÉREZ
Jefa del Departamento de Pediatría del INEN

LUIS CHIRINOS
Doctor en Ciencias Ambientales

FARMACOLOGÍA

DR. JAVIER LA SERNA, HEMATÓLOGO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE EN MADRID

"Obinutuzumab sería el nuevo estándar para el L.F."

Después de 15 años de tratamiento con tasas altas de éxito para el linfoma folicular con quimioterapia y rituximab, aparece una nueva alternativa que puede convertirse en el nuevo estándar en un corto periodo.

¿El linfoma folicular es uno muy frecuente, qué tanto?

Es uno de los linfomas más frecuentes, aproximadamente de todos los linfomas que se diagnostican en el mundo, el linfoma folicular viene a ser el 25% de todos los diagnósticos. Es decir que 1 de cada 5 pacientes con linfoma, tiene linfoma folicular. Y hay que identificar qué tipo es porque el tratamiento varía de uno a otro. Se presenta en personas adultas o mayores, pero tiene una peculiaridad que en la mayoría de pacientes tiene en principio un comportamiento indolente.

¿Cuáles son esos tipos?

Son de tipos 1, 2 y 3 y cada una tiene un componente celular distinto. El 1 se compone casi todo de unas células mono morfas de tipo maduro, el tipo 2 tiene una mescla de células grandes y pequeñas y el tipo 3 aumenta las células grandes. La agresividad clínica de los tipos 1,2 y 3, se comportan igual. Pero hay un tipo 3B que es un linfoma más agresivo que crece más rápido.

¿Cómo es la progresión del linfoma folicular?

En el folicular el crecimiento en general es lento. Los pacientes con mucha masa tienen que tratarse rápidamente. Nosotros al paciente cuando lo diagnosticamos lo primero que hacemos es medir la extensión de la enfermedad y típicamente el linfoma folicular es una enfermedad que está extendida. Es decir la mayoría de pacientes, el 70% tiene afectados muchos territorios ganglionares del cuerpo. Frecuentemente el bazo está agrandado y hay una expresión de medula ósea, está invadida por el linfoma.

¿Esto porque es indolente y los pacientes no van a consulta?

Los motivos que llevan al paciente a consulta médica es el crecimiento de una adenopatía, en el cuello, la axila o crecimiento del abdomen. En un 10% de pacientes se encuentra que puede haber sudoración excesiva, fiebre y anemia. Son síntomas que indican que el paciente va necesitar tratamiento. Hay que elegir el tratamiento es más apropiado. Los pacientes que tienen este linfoma viven mucho tiempo lo cual no quiere decir que están exentos de tratamiento. Porque el objetivo es intentar minimizar o eliminar las señales del linfoma en el organismo. Lo que llamamos la remisión. Y eso lo podemos conseguir de distintas maneras.

¿La remisión al cabo de qué tiempo dura?

Normalmente el tiempo que reaparece depende del tratamiento que das, la edad y otros factores que aun no conocemos bien, pero muchos pacientes pueden tener una recaída de la enfermedad y lo que más nos preocupa que esta sea rápida. Cuando tu tratas al paciente y la recaída se manifiesta en los dos primeros años es una mala señal, porque es agresivo y no va responder bien a los siguientes tratamientos por lo tanto es importante desde el principio adaptar un tratamiento para que esto no se dé, que el linfoma tarde años en reaparecer.

¿Cuándo hablamos de reaparecer es del crecimiento acelerado de estas células?

El volver a manifestarse, se manifiesta en crecimiento de adenopatías que so ganglios linfáticos agrandados, síntomas, anemia, todas las manifestaciones de la enfermedad.

¿Pasar muchos años en remisión no asegura una curación?

A nosotros nos cuesta decir que es un linfoma que se cura, incluso a un paciente que hemos tratado y ha estado 20 años sin que le reaparezca el linfoma. No le decimos que su linfoma ha sido curado, le decimos no ha reaparecido. Hay muchos pacientes así, porque se han tratado bien. No le solemos decir que está curado porque el comportamiento de las células en las que se origina puede que reaparezca al cabo de un tiempo. Un paciente puede estar 30 años sin linfoma pero su médico jamás te dirá que se ha curado sino que no ha reaparecido.

¿Estos pacientes en remisión durante años han llevado el tratamiento siempre?

El tratamiento no es continuado, consta de dos fases. Una primera fase es lo que llamamos inducción de la remisión completa que se compone de un anticuerpo anti CD20 que es terapia dirigida contra una molécula que tiene la célula del linfoma, la ataca directamente y la hace morir. La combinación de este anticuerpo con la quimioterapia es lo que llamamos tratamiento de inducción, es un tratamiento estándar, que es mejor que la quimioterapia sola. Esto ha conseguido que los pacientes vivan más tiempo sin enfermedad. Esto es para los tres tipos de linfoma.

Pero, este grupo en remisión ¿son de etapas iniciales de la enfermedad?

No, pueden ser pacientes avanzados con tumor en la médula o ganglios pero que han sido sensibles al tratamiento con quimioterapia y CD20, y aquí aparece Rituximab, que es el primer anti CD20 que fue clave en la mejoría del pronóstico de esta enfermedad. Y es el estándar. También a muchos pacientes con el objeto de retrasad la progresión del linfoma, le damos un tratamiento de continuación con rituximab sin quimioterapia y lo llamamos de mantenimiento, este mantenimiento se da por dos años y hay estudios a nivel mundial que demuestran que este tratamiento es muy efectivo en retrasar la aparición de la enfermedad, puede retrasar hasta siete o diez años.

¿Qué porcentaje de los pacientes responden a este tratamiento?

La respuesta en muy alta: el 90% de pacientes. Después la recaída es lenta, algunos recaen al año y a los dos años pero después los que van cayendo se reducen. Pero si bien rituximab tiene una buena respuesta, existe otro tratamiento que es mejor. Rituximab ha tenido una modificación genética y se ha creado un nuevo anticuerpo que se llama Obinutuzumab, que es más efectivo para controlar y destruir las células del linfoma. Ahora esta nueva terapia está usando con quimioterapia en la inducción y se está utilizando en mantenimiento.

¿Cuánto mejora con relación al tratamiento con rituximab?

El estudio ha demostrado que este tratamiento mejora en 33% los resultados que se tienen con el tratamiento convencional con rituximab y quimioterapia. Un tercio de los pacientes por encima de los resultados habituales y estos resultados se demuestran en tiempos a la progresión, pensamos que se puede extender de hasta 10 años con este nuevo tratamiento pero todavía no tenemos ese tiempo de seguimiento, pero pensamos que sí por cómo se manifiestan las curvas de supervivencia.

¿Podría ser el nuevo estándar en el tratamiento?

Sí, es efectivo y está resultando un nuevo estándar posiblemente lo sea ya a partir de este año en cuanto las autoridades sanitarias concedan la aprobación. En Europa y otros países es así. Es fundamental porque buscamos con el tratamiento conseguir una curación larguísima de la enfermedad sabiendo que eso repercute en la mejora de la supervivencia y que los daños de tratamientos sucesivos van a ser menores porque menos pacientes van a necesitar tratamientos sucesivos.

¿Obinutuzumab en los países aprobados está siendo usando en primera línea?

Aun es lento ya que el rituximab es un medicamento que conocemos muy bien con 15 años en práctica. Los médicos mayores tenemos que acostumbrarnos, los médicos jóvenes incorporan los avances más rápidamente. Porque esto es un avance progresivo, la historia del linfoma folicular son de éxitos y este es un éxito más. En las guías de tratamiento están recomendadas como de primera línea de tratamiento para el linfoma folicular.

¿Qué opción terapéutica hay para el 10% que no responden al tratamiento estándar?

Aproximadamente el 20% de los que recaen, hacen un linfoma más agresivo y les aplicamos tratamientos más intensos. Si es menor de 65 años solemos dar un tratamiento agresivo. Cuando responde hacer una intensificación y trasplante de medula ósea. Esta es la mejor opción para conseguir una remisión duradera y eficaz. Hacemos normalmente el trasplante autólogo, de las propias células del paciente ya limpias de enfermedad que son las que utilizamos para rescatar cuando damos la quimioterapia tan agresiva e intensiva. Es decir estos pacientes no están perdidos, requieren un tratamiento fuerte.

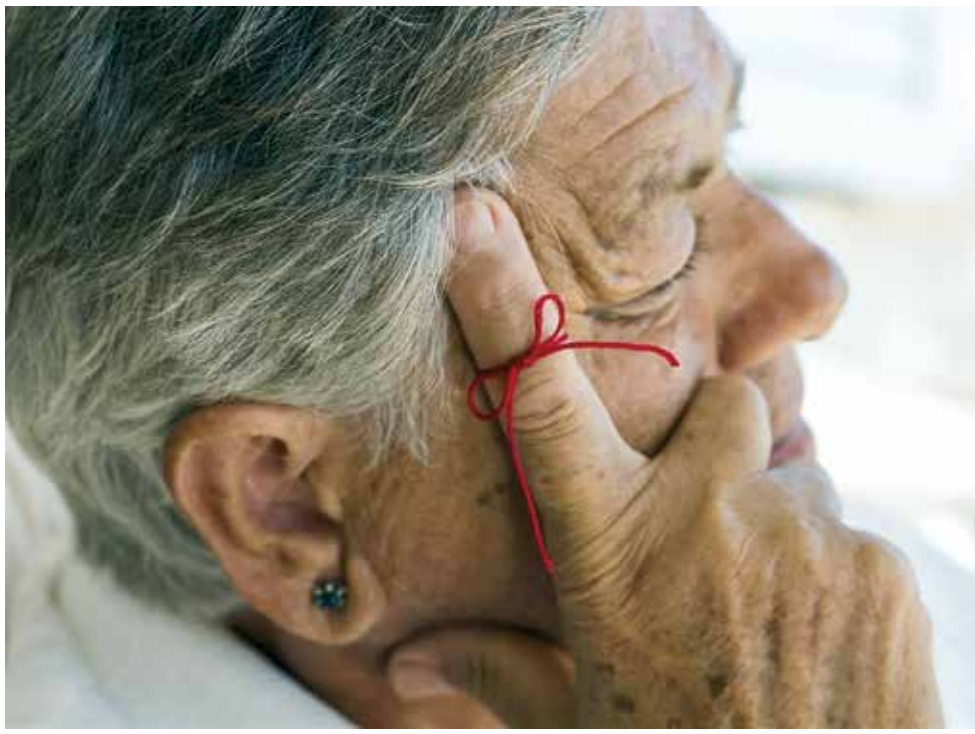
¿Quiénes son los pacientes que fallecen?

Están falleciendo los pacientes que se trataron hace diez o quince años solo con quimioterapia y no respondieron bien al segundo tratamiento. Estos pacientes si son mayores solo pasan a paliación. Es la historia, hasta cuatro líneas de tratamiento se pueden tolerar o funcionar.

> **"RITUXIMAB HA TENIDO UNA MODIFICACIÓN GENÉTICA Y SE HA CREADO UN NUEVO ANTICUERPO QUE SE LLAMA OBINUTUZUMAB, QUE ES MÁS EFECTIVO PARA CONTROLAR Y DESTRUIR LAS CÉLULAS DEL LINFOMA."**

Medicamento potencial contra el Alzheimer

Investigación publicada en "Brain Research" puede aportar mejoras en el tratamiento contra el Alhaimer.



Un medicamento desarrollado para la diabetes podría tener un potencial uso para tratar el Alzheimer, ya que científicos descubrieron que "revierte significativamente la pérdida de memoria" en ratones a través de un triple método de acción.

Esta es la primera vez que se usa un fármaco triple receptor que actúa de múltiples maneras para proteger al cerebro de la degeneración. Combina GLP-1, GIP y Glucagón, que son todos factores de crecimiento. Se ha demostrado que los problemas con la señalización del factor de crecimiento están alterados en los cerebros de los pacientes con Alzheimer.

En el estudio se utilizó ratones APP/PS1, que son roedores transgénicos que expresan genes mutados humanos que causan la enfermedad de Alzheimer. En este trabajo, se trató a ratones transgénicos envejecidos en etapas avanzadas de neurodegeneración que en una prueba de laberinto, se detectó grandes mejoras en el aprendizaje y la formación de la memoria gracias al medicamento.

Además, proporcionó mejores niveles de un factor de crecimiento cerebral que protege el funcionamiento de las células nerviosas y redujo la cantidad de placas amiloides en el cerebro vinculadas con la enfermedad de Alzheimer. También disminuyó la inflamación crónica y el estrés oxidativo y ralentizó la tasa de pérdida de células nerviosas.

"Aquí mostramos que un novedoso fármaco de triple receptor promete ser un tratamiento potencial para el Alzheimer, pero se deben realizar más pruebas sobre respuesta en función de la dosis y comparaciones directas con otros medicamentos para evaluar si este nuevo medicamento es superior a los anteriores", indica Christian Holscher, investigador principal y profesor de la Universidad de Lancaster, en Reino Unido

"ES UN FÁRMACO TRIPLE RECEPTOR QUE ACTÚA DE MÚLTIPLES MANERAS PARA PROTEGER AL CEREBRO DE LA DEGENERACIÓN. COMBINA GLP-1, GIP Y GLUCAGÓN, QUE SON TODOS FACTORES DE CRECIMIENTO."

Como se sabe, la diabetes tipo 2 es un factor de riesgo para la enfermedad de Alzheimer y se ha visto implicada en la progresión de la patología. El deterioro de la insulina se ha relacionado con procesos degenerativos cerebrales en la diabetes tipo 2 y el Alzheimer.

Terapia génica bordean los 400 mil dólares

Terapia génica contra el cáncer de las multinacionales Novartis y Gilead bordean los 400 mil dólares por cada tratamiento pero alcanzan tasas de curación del 80%

La farmacéutica suiza Novartis y la estadounidense Gilead, han lanzado al mercado sus respectivos portafolios de terapia génica, que no son otra cosa que tratamientos personalizados donde a cada paciente se le extraen células que son modificadas en laboratorio para incluirles un gen capaz de actuar contra las células malignas. Una vez que las células son modificadas, se inyectan de nuevo en cada paciente.

"Estamos adentrándonos en una nueva frontera de la innovación médica, con la capacidad de reprogramar las células del paciente para que ataquen un cáncer mortal", declaró el doctor Scott Gottlieb, comisionado de la FDA, la agencia que aprueba los fármacos en EEUU

Los médicos aseguran que, esta vez sí, se está frente una revolucionaria forma de combatir el cáncer. Sin embargo, el principal problema es el costo de esta nueva terapia, que bordea los 475.000 dólares cada tratamiento, dada su tecnología que ha mostrado tasas de curación superior al 80%.

El fármaco de Novartis, denominado Kymriah, para un tipo de leucemia infantil ha demostrado tasas de curación de un 80%, pero el acuerdo de su costo en Estados Unidos donde ha sido aprobado es de 475.000 dólares por cada tratamiento (unos 400.000 euros). Costo que normalmente asumen los seguros.

Novartis, consciente del alto precio, pero también de la eficacia de su tratamiento, ha acordado con las autoridades que si los enfermos no responden al tratamiento en el primer mes, el laboratorio corre con el coste del medicamento.

Por su parte, Gilead, con su tratamiento llamado Yescarta, con parecidas tasas de eficacia al de Novartis, está aprobado para un tipo de linfoma no Hodgkin en adultos, con un precio oficial de 373.000 dólares por tratamiento (unos 315.000 euros).

El ingreso de este nuevo tratamiento de la suiza Novartis a España no ha hecho esperar. Ya se hizo la solicitud a la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) para su aprobación de Kym- riah en niños y adultos jóvenes con leucemia linfoblástica aguda (LLA) y pacientes adultos con linfoma de células B grandes difuso (DLBCL) que no son candidatos para el trasplante autólogo de células madre.

"La presentación a la EMA es un paso importante hacia nuestro objetivo de entregarla a pacientes con cáncer más graves en todo el mundo", afirma Vas Narasimhan, jefe de desarrollo de fármacos de Novartis, quien asumió el puesto de director ejecutivo de la farmacéutica desde el 1 de febrero.

ATIBIÓTICO ZERBAXA

Zerbaxa es el nuevo antibiótico que lanza al mercado MSD y que suma ceftolozano y tazobactam, indicado para el tratamiento en adultos de infecciones intraabdominales y del tracto urinario complicadas, incluida la pielonefritis aguda, causadas por bacterias Gram-negativas y Gram-positivas sensibles al mismo.

El nuevo antibiótico, combina ceftolozano, una nueva cefalosporina que interfiere en la producción de ciertas proteínas que las bacterias necesitan para fabricar su pared celular, lo que conduce a su muerte; y tazobactam, sustancia que bloquea la acción de ciertas enzimas que permiten a las bacterias degradar los antibióticos haciéndolas resistentes a su acción.

Este nuevo fármaco que MSD ha introducido al país, está aprobado por FDA y EMA desde el 2015. Y llega a nuestro país a reemplazar a las llamas COLISTINAS, que una alternativa terapéutica desde hace más de 60 años pero que generaba una alta toxicidad en el paciente tratado.

CÁPSULA DE LIBERACIÓN ULTRALENTA

La falta de adherencia a la medicación constituye una barrera para el abordaje y la prevención del VIH, señala el especialista Giovanni Traverso, quien es el artífice de lo que podría constituirse en un sistema de administración oral una vez a la semana que combina varios antirretrovirales en una sola dosis.

Traverso, gastroenterólogo e ingeniero biomédico en el Hospital Brigham and Women's, en Boston, explicó que esta nueva dosis probada en cerdos, podría tratar y prevenir con un sistema de administración de medicamentos de larga duración, el VIH. Y de esta manera disminuir el fracaso del tratamiento y la aparición de virus resistentes.

Este sistema modular permanece en el tracto intestinal para liberar de forma prolongada los fármacos. El dispositivo puede contener hasta seis medicamentos. En la investigación, han mostrados en cerdos que la 'píldora' libera lentamente tres fármacos antirretrovirales, lo que resulta en niveles del medicamento suficientemente altos a lo largo de una semana. Las cápsulas están diseñadas para que una vez liberados todos los fármacos, se desintegren en pequeños componentes que puedan a travesar el tracto digestivo.

Además, un análisis matemático indica que el tratamiento reduciría significativamente eventuales fallos terapéuticos y que podría evitar nuevos casos de VIH en poblaciones de alto riesgo, mediante el tratamiento previo a la exposición o PrEP (profilaxis pre-exposición).

"Los sistemas de dosificación basados en la liberación de fármacos lenta se están desarrollando al menos tan bien como las posologías diarias de tratamiento del VIH en modelos preclínicos", dice Traverso, investigador principal junto a Robert Langer, profesor del Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), del dispositivo.

INVESTIGACIÓN MÉDICA

DR. EDUARDO SÁNCHEZ CAVERO,DIRECTOR DEL CENTRO DEL MIOMA EN SURCO.

Extirpa mioma gigante y devuelve la fertilidad a paciente

El Dr. Eduardo Sánchez Cavero, ginecólogo peruano ha logrado extirpar con éxito un mioma de más de 7 kilos, considerado uno de los más grandes del mundo, devolviendo la fertilidad a la paciente

En pleno Congreso Mundial de Ginecología y Obstetricia Flasog 2017 en México, en una de las ponencias se hacía referencia que en un centro médico de nuestro país, se logró operar uno de los miomas más grandes del mundo con 6 kilos 200 gramos. Como espectador en esa conferencia, estaba presente el Dr. Eduardo Sanchez, quien había logrado tal hazaña sin imaginar que meses después volvería a romper ese record, operando con éxito a otra paciente pero esta vez con un mioma de 7 kilos 100 gramos.

"Tuve el placer de pararme y decir que había sido el que operó a esa mujer con un enorme mioma y los colegas aplaudieron porque es raro que una paciente con un mioma de ese tamaño logre quitársele el mioma sin dañar el útero" indica el Dr. Sánchez quien es director del Centro Del Mioma en Surco.

El Dr. Sanchez, revela que estos miomas, llamados también fibromas uterinos, son tumores benignos que no necesariamente se manifiestan con síntomas, por eso, muchos años puede permanecer silencioso hasta que son detectados con una ecografía. **"Los miomas crecen rápidamente porque se alimentan de sangre, cuando la paciente espera por una operación el mioma ya creció un 30% más de su volumen"**.

Como es sabido, en el Perú hay más de 4 millones de mujeres mayores de 15 años que sufren de Hemorragias uterinas, anemia y dolor cólico menstrual y más de 2 millones tienen miomas uterinos como causantes y no lo saben. Este problema suele afectar a 4 mujeres de cada 10 en edad reproductiva, siendo las edades más frecuentes entre los 30 y 40 años.

"Tenemos más de 40 mujeres operadas de miomas que ya tienen hijos. Porque hemos recuperado la fertilidad en cuanto a la ovulación. Es raro recuperar la fertilidad porque el óvulo es muy sangrante. En las cirugías se ve todo a veces con algunas sorpresas uno no encuentra lo miso que muestran las imágenes" señala el especialista.

> **"TENEMOS MÁS DE 40 MUJERES OPERADAS DE MIOMAS QUE YA TIENEN HIJOS. PORQUE HEMOS RECUPERADO LA FERTILIDAD EN CUANTO A LA OVULACIÓN. ES RARO RECUPERAR LA FERTILIDAD PORQUE EL ÓVULO ES MUY SANGRANTE."**

El Dr. Sanchez también indica que esta enfermedad puede presentarse con hemorragias uterinas abundantes o sangrados irregulares en la menstruación, anemia, dolor pélvico, malestar en las relaciones sexuales, infertilidad con cambios de carácter entre otros, afectando la vida y la salud de quienes lo tienen.

No obstante, existen diferentes alternativas de tratamientos médicos con bloqueadores hormonales para los miomas pequeños y las diferentes técnicas quirúrgicas, donde se deben eliminar todos estos tumores del cuerpo y cuello uterino para devolver la fertilidad y la tranquilidad a las mujeres que los tienen.

LA TECNICA

Para lo que son miomas de gran volumen, existe como alternativa miomectomía en la cual mediante cirugía se extraen los miomas. En esta intervención el Dr. Sanchez ha mejorado su técnica quirúrgica a lo largos de los años no solo en la parte ginecológica sino en diferentes tipos de patologías. **"Mi técnica es propia hecha con años, viendo y conociendo como se hacen las cirugías cardíacas o cerebrales sin hacer daño a otros órganos o tejidos. Esas técnicas las adapté a la parte pélvica. También entendí que tenía que tener un equipamiento adecuado y conocimiento más allá de mi especialidad"** señala.

"Hemos creado una técnica que ninguna paciente debe perder el útero por hemorragia porque hacemos una abrasión endomiometrial, en la parte donde produce el sangrado. Dejando el útero indemne, no tenemos porque sacarlo todo. Tenemos pacientes con pacientes de cáncer endometrial que están vivas y bien" añade.

"Ahora lo puedo decir: ninguna persona debe perder el útero por ningún motivo. Salvo que sea cáncer avanzado. Ni siquiera un cáncer inicial porque nosotros tenemos tres pacientes con cáncer que siguen vivas con su útero normal y ya ha pasado más de dos años" finaliza el Dr. Sánchez.

FALTA DE VITAMINA A INCREMENTA 10 VECES EL RIESGO DE CONTRAER TB

Las personas con niveles bajos de vitamina A tienen 10 veces más probabilidad de contraer la tuberculosis, según un nuevo estudio realizado en el Perú por la Universidad de Harvard.

Uno de los hallazgos más importantes del proyecto "Epidemiología de la Tuberculosis Multi Drogo Resistente" (Proyecto EPI) fue que la deficiencia de vitamina A (tener menos de 200 microgramos por litro de sangre) incrementó en 10 veces el riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa", según indicó Megan Murray, investigadora principal y profesora de la Universidad de Harvard en los EE.UU.

Este estudio realizado por la ONG Socios En Salud en colaboración con la Universidad de Harvard y financiado por los Institutos

Nacionales de Salud de los Estados Unidos, recae en que la vitamina A podría controlar la propagación de la tuberculosis (TB) - una de las principales causas de muerte en todo el mundo.

"Ahora analizamos que si esta hipótesis es correcta, con suplementos de vitamina A suministradas a los niños y otras personas en riesgo de enfermarse, se podría disminuir dramáticamente la tuberculosis en las comunidades más pobres y vulnerables", dijo el médico Leonid Lecca, Director General de Socios En Salud e investigador del proyecto en Perú, quien además añadió que por años se ha buscado las mejores formas de disminuir el contagio de la tuberculosis en la comunidad y este hallazgo puede representar una oportunidad sorprendente para un siguiente nivel.

Por otro lado, en el estudio también se determinó que la edad también es un factor importante en el desarrollo de la tuberculosis: La investigadora Megan Murray, encontró que el riesgo era 20 veces mayor entre los jóvenes entre las edades de 10 y 19 años. Es decir; que los hallazgos sugieren que la vitamina A puede desempeñar un papel aún más importante en la inmunidad entre los más jóvenes.

Este es uno de los factores de riesgo más importantes reportado en el estudio epidemiológico EPI, lo reafirmó la investigadora Murray. **"Si comprobamos esta relación en un nuevo ensayo clínico con suplementos de vitamina A, sería un gran logro, el cual serviría como método para prevenir la tuberculosis en personas con alto riesgo de enfermarse",** dijo Murray.

OPINIÓN:

Dr. Hiroshi Concha Cusihuallpa, especialista en Cirugía Bucal y Maxilofacial; Medicina y Patología Bucal de Eurodent

Cáncer de boca: Una enfermedad silenciosa y mortal

El cáncer oral o bucal es una enfermedad silenciosa en estadios iniciales con un índice de mortalidad muy elevado cuando su diagnóstico es tardío. El 95% de los casos de cáncer en boca corresponden al carcinoma epidermoide que se origina en las células epiteliales de la superficie de la mucosa bucal. Factores como el hábito de fumar, condición potenciada con la ingesta de bebidas alcohólicas, masticar tabaco, irritación crónica, infección crónica por hongos, deficiencia nutricional, higiene bucal deficiente, susceptibilidad genética (antecedente de cáncer en la familia), una respuesta deficiente de las defensas orgánicas (sistema inmunológico) y considerado también por investigaciones el virus del papiloma humano (VPH). Así como una exposición crónica a la radiación solar podría ser un factor determinante en el cáncer de labio.

El cáncer de boca es frecuente en pacientes mayores de 50 años, sin embargo existe actualmente un incremento en pacientes jóvenes por exposición temprana a hábitos nocivos, más frecuente en varones que en mujeres (2-1) aunque el margen se reduce por igual exposición a estos agentes. En estadios iniciales esta enfermedad generalmente no produce ninguna molestia, puede presentar zonas de color blanco (leucoplasias) entremezcladas o combinadas con zonas rojas. La enfermedad continúa su progreso con la aparición de heridas (úlceras) que no cicatrizan, en algunas ocasiones como crecimientos tumorales, verrucosos, con ulceración (abultamientos con heridas) presentando dificultad para masticar por dolor, eventualmente ardor considerable en la zona de la herida frente a la ingesta de ácidos o cítricos. Ubicadas usualmente en los borde laterales de la lengua, el piso de boca (debajo de la lengua), la zona posterior de las encías; actualmente se están incrementando casos ubicados en la encía sobre todo en mujeres, con compromiso del tejido óseo de los maxilares y con movilidad dentaria, perdida de sensibilidad o adormecimiento en los dientes y/o en los labios. A pesar del desarrollo de las técnicas de diagnóstico, de la identificación de varios de los factores que lo originan y de los esquemas de tratamiento modernos todavía no se logra controlar el incremento en su incidencia, es preocupante encontrar con frecuencia casos con la enfermedad en estado muy avanzado e incluso con diseminación de la enfermedad hacia otros órganos (metástasis) como a los ganglios linfáticos del cuello, por este motivo se propician técnicas de auto examen y la opinión profesional en el caso que encuentre abultamientos.

Cabe resaltar que cuando la enfermedad se diagnostica en estadios iniciales esta enfermedad es curable en un gran porcentaje pero el tratamiento de elección continúa siendo el quirúrgico.

La prevención está enfocada en eliminar los factores que desencadenan la enfermedad, concientizar a la población sobre el hábito de fumar y beber en exceso, mantener una vida saludable, potenciar el sistema inmunológico (defensas orgánicas), indagar sobre los antecedentes de cáncer en la familia, eliminar cualquier factor traumático o irritativo dentro de la boca, mantener una higiene bucal adecuada con el uso de insumos de preferencia libres de alcohol y una visita frecuente al odontólogo para complementar el cuidado de salud bucal.

Toda persona mayor de los 40 años debe tener el hábito de auto examinarse la boca, este proceso es sencillo. En un ambiente con buena iluminación, el individuo se colocará frente a un espejo, iniciará el proceso examinando la parte interna de los labios después de traccionarlos, luego continuará con la parte interna de las mejillas (carrillos), continuará con el examen de toda la superficie de la lengua realizando movimientos hacia uno y otro lado poniendo énfasis en los borde laterales de la lengua y debajo de la lengua. Finalmente deberá examinar algún cambio en las encías.

Es de importancia un diagnóstico temprano en centros de salud públicos o privados donde el odontólogo, que es el especialista en boca, por rutina deberá examinar toda la superficie de la mucosa bucal en busca de algún signo o síntoma (indicio) de la enfermedad. El paciente debe exigir un examen exhaustivo de la boca durante la consulta y es deber del odontólogo capacitarse y actualizarse en el diagnóstico temprano y debe referir inmediatamente al paciente en el caso que se presente algún hallazgo sospechoso para que sea validado por otro profesional de mayor experiencia. En el ámbito odontológico o estomatológico tenemos a los especialistas en medicina y patología bucal y a los especialistas en cirugía bucal y maxilofacial, así como en el ámbito medico existen los especialistas en oncología de cabeza y cuello; todos los consultorios o centros odontológicos deben ser considerados centros detectores de cáncer bucal dentro del programa preventivo y en ese sentido también deben planificarse campañas preventivas e informativas masivas en todo el territorio nacional.

Recuerde el hábito del autoexamen de la boca y la consulta temprana con el especialista competente puede salvar su vida.

Consecuencias de alterar el reloj bilógico

El 10% de los trabajadores nocturnos padecen de trastornos del sueño y tres de cada diez peruanos no puede descansar plácidamente.

Diversas actividades como los trabajos nocturnos o rotativos, los viajes a lugares con distintos horarios, el empleo masivo de celulares por las noches, son unas de las tantas actividades que alteran el reloj biológico, en especial el que regula el sueño, influyendo en su calidad, y repercutiendo en la buena salud de la persona.

El 10% de los trabajadores con turnos rotativos o nocturnos en nuestro país padecen trastornos de sueño y cerca de los 900 mil peruanos que realizan vuelos internacionales mensualmente en nuestro país, también podrían padecerlo.

Es por eso que la World Sleep Society (WSS), organización internacional en el estudio e investigación del sueño, y el IPN, advirtieron que el 30% de la población peruana tiene dificultades para conciliar el sueño. Esto significa, que 3 de cada 10 peruanos no consiguen descansar plácidamente. Incluso, menos de un tercio de la población que padece estos problemas buscan tratamiento.

David Lira, neurólogo y jefe del Laboratorio de sueño del Instituto Peruano de Neurociencias (IPN), explicó que es importante mantener una buena calidad de sueño porque "el reloj biológico o ritmo circadiano es como el cronometro interno de nuestro cuerpo humano que regula funciones como los niveles hormonales, la temperatura corporal, el comportamiento, el metabolismo y el sueño. Aunque los relojes biológicos son individualizados, su funcionamiento sigue un patrón con ciclos cada 24 horas".

Por eso, el especialista recomienda que deberían de mantenerse horarios regulares para despertar en la mañana e ir a dormir en la noche y tratar de que se respeten inclusive los fines de semana, así como dormir el número de horas que requiere cada uno de acuerdo a su edad. Evitando el empleo nocturno de dispositivos electrónicos que emiten luz como celulares y computadoras.

PREP Y PPE: ESTRATEGIAS PARA COMBATIR EL VIH

Según los reportes del Ministerio de Salud, se van registrando hasta la fecha más de 68 mil casos positivos y más de 35 mil casos de VIH, pero el problema es aun mayor ya que solo la mitad de personas que viven con VIH conocen su diagnóstico, aumentando así, el riesgo de transmitir el virus a otras personas y retrasando su oportunidad de acceder a un tratamiento oportuno, ya que un tratamiento temprano permite cortar la propagación del virus.

Por ello, VÍA LIBRE, institución que trabaja más de 27 años a favor de la prevención, informa acerca de las nuevas estrategias de prevención que se suman a las ya existentes para evitar contraer el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Profilaxis Post Exposición (PPE): Esta estrategia se aplica a personas que tuvieron un contacto sexual de alto riesgo, es decir, que durante el acto sexual, se les rompió el preservativo o simplemente no lo usaron. Este método es eficaz si se realiza antes de las 72 horas (3 días), de haber estado expuesto al VIH, en los cuales se debe tomar antirretrovirales por 28 días para bloquear la propagación del virus.

Profilaxis Pre Exposición (PrEP): Esta alternativa de prevención es para personas que están en un alto riesgo de contraer VIH, el cual consiste en tomar una pastilla diaria para impedir que el virus ingrese al organismo.

Uso del Preservativo: El preservativo masculino de látex es la alternativa más disponible y es segura para reducir la transmisión sexual del VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

TECNOLOGÍA MÉDICA

MEDICAL INNOVATION & TECHNOLOGY EN SILVER PARTNER DE MICROSOFT

Telemedicina en alianza con Microsoft

Empresa que desarrolla telemedicina es colocada como Silver Partner de Microsoft que impulsa el desarrollo comercial de los productos y servicios de Medical Innovation & Technology.

Medical Innovation & Technology, empresa peruana que desarrolla soluciones en telemedicina, anunció su alianza estratégica con Microsoft, compañía tecnológica que desarrolla productos de software y hardware. Ambas organizaciones han establecido como objetivo principal un trabajo en conjunto contribuyendo al bienestar y salud de los pacientes peruanos, por medio de la implementación de avanzadas tecnologías (Devices, Software e Infraestructura Cloud) para el correcto diagnóstico y acceso a los servicios de salud y la gestión de los centros médicos.

Este acuerdo, convierte a Medical Innovation & Technology en Silver Partner de Microsoft, permitiendo utilizar su tecnología reconocida a nivel mundial. Asimismo, como parte de las proyecciones de ambas empresas, el trabajo estará enfocado en el desarrollo de la telemedicina, específicamente con la Tele-ecografía, producto bandera que contribuye con el acceso de diagnósticos ecográficos a distancia de forma precisa, confidencial y en corto tiempo. Este avance ya fue probado en Perú teniendo resultados positivos en las ciudades de Ica, Huancavelica, Loreto, Cusco y Lima, donde más de 100 madres gestantes tuvieron acceso a un control prenatal, sin necesidad de trasladarse a zonas alejadas de sus hogares.

En el proyecto Tele-ecografía para zonas rurales, la participación de Microsoft consiste en aportar al desarrollo comercial de los productos y servicios de Medical Innovation & Technology mediante la utilización de tabletas Windows y de Microsoft Azure (plataforma informática en la nube a nivel empresarial). Cabe resaltar que Windows ofrece un equipo que soporta distintos escenarios como las altas temperaturas, trabajo continuo, resistencia a caídas, protección contra vibraciones, polvo y agua, respondiendo así a las exigencias que requiere la Tele-ecografía para su óptimo funcionamiento. Por otro lado, la flexibilidad, rapidez y el entorno amigable de Azure fueron características determinantes para la elección de esta nube.

"Estamos seguros que la alianza con Microsoft nos permitirá generar nuevas oportunidades de negocio y a la vez participar activamente como socios en sus iniciativas tanto locales como regionales. Tenemos como expectativa mantener este acuerdo a largo plazo y seguir contribuyendo en la salud de los pacientes peruanos. Agradecemos la confianza y apoyo de la empresa líder en el desarrollo de productos de software y hardware", señaló José Ruidías, Gerente General de Medical Innovation & Technology.

Por su parte, Mariana Villacorta, Devices Sales Lead para la Región Sur en Microsoft, remarcó **"La alianza con Medical Innovation & Technology representa un trabajo y compromiso en conjunto para promover, a través de la tecnología, el acceso a los servicios de salud de nuestro país. Es emocionante ver como Medical Innovation & Technology aprovecha la nube para desarrollar soluciones modernas que permiten incrementar el acceso a diagnósticos y prevenciones de calidad, en especial en las zonas rurales"**

Como parte del inicio de esta alianza. Medical Innovation & Tehnology participó de Carnival, evento organizado por Microsoft donde presentaron a todas sus soluciones. La empresa de telemedicina, exhibió un demo de Tele-ecografía y todos sus productos de e-health que buscan mejorar el acceso de los pacientes a los servicios de salud.

Máquinas de hemodiálisis adquiere EsSalud Ancash

Seis modernas máquinas de Hemodiálisis de última generación con sistema de filtración que permite un procedimiento de diálisis ultrapuro, fueron adquiridas por la Red Asistencial Ancash de EsSalud.

La inversión de 280 mil soles beneficiará a los 80 pacientes que actualmente reciben atención en la Unidad Renal del Hospital III de Chimbote, los cuales ahora tendrán un tratamiento de calidad en su lucha con la insuficiencia renal para lo cual que requieren someterse a hemodiálisis para conservar su estado de salud y mejorar su calidad de vida.

El gerente de EsSalud Ancash, doctor Ricardo Loje Cantinett, explicó que las seis máquinas de hemodiálisis son de estructura modular con software de última generación y están diseñados para realizar un dializado ultrapuro, de acuerdo a los nuevos estándares terapéuticos y técnicos, resultando altamente ventajoso para la salud de los pacientes.

En forma complementaria y dada la necesidad de este equipamiento, la Red Asistencial Ancash de EsSalud anunció que en las próximas semanas se adquirirán tres nuevas máquinas de hemodiálisis y se viene elaborando un proyecto de construcción de una nueva Unidad Renal, más amplia y completamente equipada.

Un paciente con insuficiencia renal requiere de sesiones interdiarias de hemodiálisis para mantener un buen estado de salud, por lo que el uso de las máquinas es indispensable para bridarles una calidad de vida.

Diario Médico
www.diariomedio.pe

EDITOR EJECUTIVO
ALEJANDRO CHANG
director@diariomedico.pe / editor@diariomedico.pe

EDITOR PERIODÍSTICO
DANNY ANTARA

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
www.diariomedico.pe

EVENTOS & PROTAGONISTAS

1

2

3

FOTOS 1, 2 Y 3
MEDICOS DE 2 DE MAYO SE CAPACITARON

En el 21° Aniversario del Servicio de Gastroenterología y Centro Endoscópico se realizó una ponencia con los temas "Disección submucosa en Early Cáncer de Estómago" y "Aplicaciones de la Ecoendoscopía en Gastroenterología", a cargo del Dr. Juan Antonio Chirinos, Gastroenterólogo de la Clínica Angloamericana.

FOTOS 4, 5 Y 6
HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

Personal de salud del Hospital Loayza fue capacitado para la identificación y manejo de factores de riesgo en el tratamiento y control del sarampión, con la finalidad de fortalecer la atención médica frente a los casos de esta enfermedad presentados en nuestro país.

5

4

6

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

JOSÉ ENRIQUE SILVA ES REELEGIDO COMO PRESIDENTE DE ADIFAN 2018 – 2019

La Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (ADIFAN) eligió como presidente -por cuarta vez y por unanimidad- al ingeniero José Enrique Silva Pellegrin. En esta ocasión, la elección es para el período 2018-2019, en momentos realmente críticos para la industria farmacéutica nacional. El Consejo Directivo de ADIFAN esta conformado por: José Enrique Silva Pellegrin (presidente); Juan Arriola Colmenares(vicepresidente- AC FARMA S.A.), Eleuterio Muñoz Revilla (tesorero- San Joaquín Roxfarma S.A.); Pablo Plate Cánepa (secretario- Instituto Quimioterápico S.A.), Christian Quintanilla Aurich (vocal- Induquímica S.A.) y José Alonso Portugal Ricketts (vocal- Portugal S.R.L.).

PROMOCIONAL

FOTOS 1, 2, 3 Y 4
CELEBRARON DÍA DEL TECNÓLOGO MÉDICO EN EL HOSPITAL LOAYZA

El personal del Hospital Arzobispo Loayza, conmemoró el Día del Tecnólogo Médico y se rindió homenaje a estos profesionales de la salud, destacando la importancia del servicio que brindan en beneficio de los pacientes. A la actividad asistieron autoridades del nosocomio, entre ellas la Directora General del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Dra. Victoria Bao Castro; la Directora Adjunta de este establecimiento de Salud, Dra. Debbie Miyasato Higa; la jefa del Departamento de Diagnóstico por Imágenes, Dra. Cecilia Ortiz, entre otros.

FOTOS 5 Y 6
TALLER DE CLIMA ORGANIZACIONAL PARA PERSONAL DEL INSM "HD-HN".

El Instituto de Salud Mental, inició un ciclo de talleres en clima organizacional para todos los profesionales del nosocomio con la finalidad de afianzar las competencias de los que integran equipos de trabajo en la institución.

FOTOS 7, 8 Y 9
8VA. CONF. ANUAL ASTMH EN EL PERÚ

Profesionales relacionados a la salud del país, celebraron la Octava Conferencia Anual La Sociedad Norteamericana de Medicina Tropical e Higiene (ASTMH) en el Perú, la misma que tuvo lugar en las instalaciones del Auditorio "Hugo Lumbreras" del Campus Miraflores de la UPCH.

A la clausura del evento, asistió el jefe del Instituto Nacional de Salud (INS).

POSGRADO
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

MAESTRÍAS
- Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente **/ 24 de marzo**
- Educación Superior con Mención en Docencia e Investigación Universitaria **/ 24 de marzo**
- Alta Gerencia de Servicios de Salud **/ 25 de mayo**
- Seguridad y Salud en el Trabajo **/ 24 de agosto**

DIPLOMADOS
- Calificación de la Invalidez e Incapacidad Laboral **/ 16 de marzo**
- Cuidados Paliativos y Tratamiento del Dolor **/ 24 de marzo**
- Auditoría Médica **/ 20 de abril**
- Gerencia de Servicios de Salud **/ 19 de mayo**
- Ecografía General **/ 26 de mayo**

PROGRAMAS DE ESPECIALIZACIÓN
- Auditoría en Seguridad y Salud en el Trabajo **/ 19 de mayo**
- Administración de Seguros de Salud **/ 23 de junio**

T // (511) 610 6400
anx 1128, 1132, 1147, 1189, 1193, 1194 y 1258
posgrado.cientifica.edu.pe

informesposgrado@cientifica.edu.pe
Calle Cantuarias 385, Miraflores

CIENTÍFICA
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

CENTRUM GRADUATE BUSINESS SCHOOL
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
ESCUELA DE POSGRADO

Opus College of Business | UNIVERSITY OF St.Thomas

MAESTRO EN GESTIÓN DE SALUD, UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA

DIPLOMATURA DE ESPECIALIZACIÓN AVANZADA EN GESTIÓN DE SALUD, CENTRUM CATÓLICA - PUCP

+ Tercera Certificación Internacional opcional
Healthcare Business in the North American System
University of St. Thomas (opcional)

+ Networking de profesionales especializados del sector público y privado

+ Financiamiento sin intereses

= INNOVACIÓN Y TRANSFORMACIÓN PARA EL SECTOR SALUD

DIRIGIDO
Profesionales del sector salud, áreas vinculadas, consultores y proveedores especialistas en el rubro; con experiencia mínima de tres años.

DURACIÓN Y HORARIO
22 meses
Clases cada 15 días
Viernes de 7:00 p.m. a 10:30 p.m.
Sábados de 9:30 a.m. a 9:30 p.m.

CONFERENCIA INFORMATIVA
Miércoles 07 de marzo | 7:30 p.m.
Swissôtel Lima

INFORMES: centruminformes@pucp.edu.pe | (511) 626 7100 | www.centrum.pucp.edu.pe

NUESTRA MISIÓN ES FORMAR CIUDADANOS GLOBALES AL SERVICIO DEL PERÚ Y AMÉRICA LATINA

somos CENTRUM somos PUCP