Diario Médico

WWW.DIARIOMEDICO.PE

INFORMACIÓN Y NOTICIAS PARA LA INDUSTRIA MÉDICA Y SANITARIA

WWWW.DIARIOMEDICO.PE | AÑO VII - NÚMERO 077 | EDICIÓN FEBRERO 2019 | EDITADO POR GRUPO ENFOQUE ECONÓMICO

DRA. ENRIQUETA FELIP, INSTITUTO VALL D´HEBRÓN DE ONCOLOGÍA DE BARCELONA.

“La inmunoterapia está desplazándose a tratamientos de primera línea”

Sumario:

ACTUALIDAD:

“Cáncer de estómago, una deuda de la ciencia”

A diferencia de otros tipos de cánceres que lideran las estadísticas de incidencia en nuestro país, el cáncer de estómago es la que mata a más personas, por distintos motivos: su complejidad, estadios en los que llegan los afectados y porque aún no hay tratamientos eficaces para las 47 mil personas con esta enfermedad solo en Perú, que mata a 9 de diez diagnosticados.

LABORATORIOS:

USO MEDICINAL Y TERAPÉUTICO DEL CANNABIS CON REGLAMENTO

Se aprobó el Reglamento de la Ley Nº 30681, “Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus derivados”,con disposiciones sobre el uso informado, la investigación, la producción, la importación y la comercialización del cannabis

ACTUALIDAD:

ADIFAN: “NO HAY RAZÓN PARA COMPRAR ´A DEDO´ EN EL EXTRANJERO”

Piden derogación del D. Leg. 1444 porque atentaría contra la competencia y depredaría el mercado al permitir que las compras de medicinas en exterior se hagan discrecionalmente.

BIOESTADISTICA:

“LA DINÁMICA ENTRE EL ESTADÍSTICO Y EL MÉDICO EPIDEMIÓLOGO ES VITAL”

Luis Mauricio Castro, docente de la Pontificia Universidad Católica de Chile, nos señala la importancia de la bioestadística en los ensayos clínicos y salud pública.

Universidad Norbert Wiener Posgrado

DOCTORADOS Y MAESTRÍAS EN SALUD

Jr. Larrabure y Unanue 110, Santa Beatriz, Lima
Teléf: (511) 706 - 5555 Anexos: 3115, 3139, 3218, 3316

www.posgrado.uwiener.edu.pe

ACTUALIDAD

80% de enfermedades Raras o Huérfanas son congénitas

En el Perú se reconocen 399 enfermedades raras y huérfanas. Tras la aprobación del Reglamento de la Ley N° 29698, el Minsa actualizará el listado de estas enfermedades por sus características inmunológicas, genéticas, reumatológicas, entre otros factores para determinar con mayor facilidad el centro especializado para su atención.

En el mundo el 80% de los casos de enfermedades catalogadas como raras o huérfanas corresponde a anomalías congénitas o hereditarias que requieren de tratamiento quirúrgico especializado.

Así lo dio a conocer Richard Vargas, Coordinador Nacional de la Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas, quien informó que la característica principal de este tipo de afecciones es su baja prevalencia y su escasa evidencia científica que se define por la poca frecuencia en la población en general.

A pesar de que cada patología es diferente una de otra, al ser degenerativas afectan y deterioran algunos órganos como riñones, pulmones y corazón.

Por ello, **"tras la aprobación del Reglamento de la Ley N° 29698, "Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que padecen Enfermedades Raras o Huérfanas", se busca que los pacientes y la población en general cuente con mayor fuente de información sobre las causas, consecuencias y tratamientos especializados que ayuden a mejorar la calidad de vida de quienes padecen estas dolencias"**, agregó Vargas.

En el Perú, 399 dolencias están comprendidas en el listado de Enfermedades Raras y Huérfanas, agrupadas según criterios de prioridad, considerando el impacto y dificultades para realizar las intervenciones sanitarias (muy alta prioridad, alta prioridad, baja prioridad y muy baja prioridad).

Según este listado son ocho enfermedades las que están dentro de las de muy alta prioridad y estás son: Enfermedad de Von Willebrand, la más frecuente de los trastornos de la coagulación(quienes la padecen tienen un problema con una proteína de su sangre llamada factor Von Willebrand que ayuda a controlar las hemorragias); Déficit del factor X que es un trastorno hemorrágico hereditario (uno sus síntomas más comunes es que la persona es propensa a sufrir moretones, y hemorragias gastrointestinales).

También son de alta prioridad la enfermedad llamada Síndrome Adrenogenital (un grupo de trastornos hereditarios que afectan las glándulas suprarrenales), Fenilcetonuria (falta de una enzima denominada fenilalanina hidroxilasa que ocasiona daños al sistema nervioso central), el Síndrome de Kocher (enfermedad de niños caracterizada por hipotiroidismo moderado o severo).

Asimismo, están considerada como alta prioridad el Síndrome de Pendred (trastorno genético caracterizado por la pérdida de audición), el Hipoadrenalismo congénito (quienes lo padecen carecen de una de las enzimas que utilizan las glándulas suprarrenales para producir hormonas que ayudan a regular el metabolismo, el sistema inmunitario, la presión arterial y otras funciones esenciales) y la Deficiencia del factor XII de la coagulación (trastorno hereditario que afecta a una proteína involucrada en la coagulación de la sangre.

Por otra parte, tras la aprobación del Reglamento de la Ley N° 29698, **"Ley que declara de Interés Nacional y Preferente Atención el Tratamiento de Personas que padecen Enfermedades Raras o Huérfanas"**, el Minsa actualizará el listado de estas enfermedades por sus características inmunológicas, genéticas, reumatológicas, entre otros factores para determinar con mayor facilidad el centro especializado donde corresponde derivar al paciente para que reciba atención médica.

"EN EL PERÚ, 399 DOLENCIAS ESTÁN COMPRENDIDAS EN EL LISTADO DE ENFERMEDADES RARAS Y HUÉRFANAS, AGRUPADAS SEGÚN CRITERIOS DE PRIORIDAD, CONSIDERANDO EL IMPACTO Y DIFICULTADES PARA REALIZAR LAS INTERVENCIONES SANITARIAS (MUY ALTA PRIORIDAD, ALTA PRIORIDAD, BAJA PRIORIDAD Y MUY BAJA PRIORIDAD)."

Un millón de adultos mayores serán vacunados contra neumococo

Estado ha invertido 50 millones de soles para disminuir las muertes por neumonía en este grupo etario.

La vacuna neumocócica será puesta a un millón de adultos mayores de 60 años, por encargo de la ministra de Salud, Zulema Tomás Gonzáles, convirtiendo a nuestro país en uno de los primeros países en Latinoamérica en implementar esta dosis en el Esquema Nacional de Vacunación.

Para la inversión de esta vacuna el estado peruano ha invertido 50 millones de soles y se iniciará la vacunación de adultos mayores con enfermedades crónicas y que viven en residencias o casas de reposo en primera instancia. Pero además los adultos mayores que tengan la posibilidad por su estado físico deben acudir a cualquiera de los ocho mil establecimientos de salud del país donde se aplicará gratuitamente esta vacuna.

Los requisitos para vacunarse son dos: no haber presentado reacción a una dosis previa de alguna vacuna y no encontrarse con procesos respiratorios graves.

ANEMIA

Por otro lado, la Ministra de Salud, Zulema Tomás, señaló que este año se espera disminuir la cifra de menores de cinco años con anemia a 39% mediante un trabajo multisectorial con gobiernos regionales y locales.

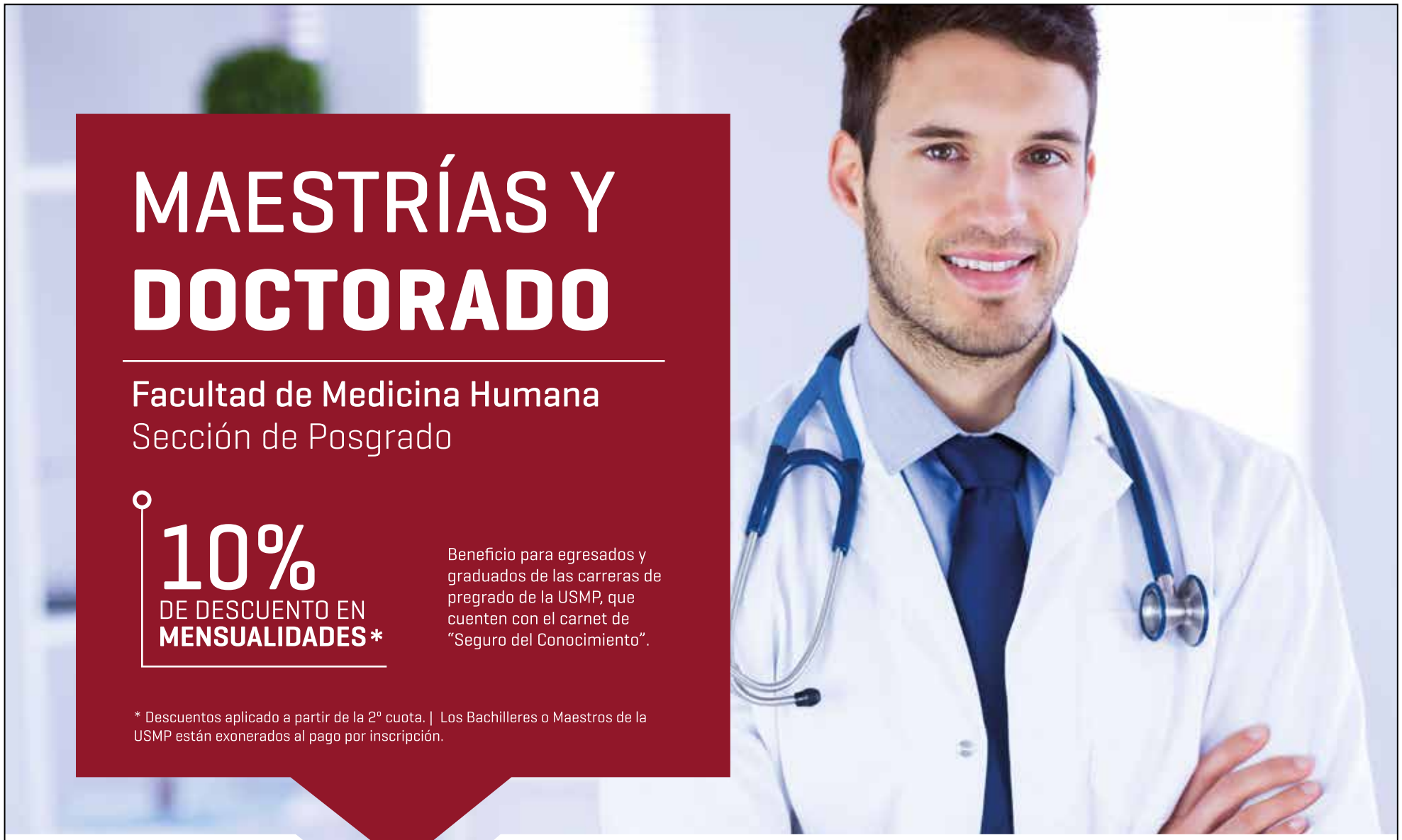
También pidió a las madres de familia a seguir el tratamiento prescrito por el médico, ya que generalmente no lo concluyen y ello afecta especialmente a niños menores de 3 años, quienes están en fase de formación y desarrollo neurológico.

NUEVO REGLAMENTO DE TELESALUD

El Ministerio de Salud (Minsa) aprobó el Reglamento de la Ley Marco de Telesalud que impulsa la modernización de las prestaciones de salud mediante el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, a fin de mejorar su eficiencia y calidad e incrementar su cobertura.

Con este reglamento todas las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicas, privadas y mixtas del sector podrán realizar sus prestaciones de salud a la población bajo normas estandarizadas.

El Reglamento de la Ley N° 30421, Ley Marco de Telesalud, que ha sido aprobado mediante Decreto Supremo N° 003-2019-S, dará impulso y seguridad a esta forma de prestación de salud a distancia, no solo como un avance en la optimización de las TIC en salud, sino que además le da un enfoque de servicios de calidad, resguarda la información y los derechos de los usuarios, y usa tecnología de interoperabilidad y segura.



MAESTRÍAS Y DOCTORADO

Facultad de Medicina Humana
Sección de Posgrado

10% DE DESCUENTO EN **MENSUALIDADES***

Beneficio para egresados y graduados de las carreras de pregrado de la USMP, que cuenten con el carnet de "Seguro del Conocimiento".

* Descuentos aplicado a partir de la 2º cuota. | Los Bachilleres o Maestros de la USMP están exonerados al pago por inscripción.

MAESTRÍAS 1 año Lanzamiento

- Medicina con mención (para médicos especialistas)
- Salud Pública y Gestión en Sistemas de Salud
- Investigación Médica (Harvard) **
- Gerencia de Servicios de Salud
- Investigación Clínica
- Salud Ocupacional
- Inmunología con mención en Infectología y Enfermedades Autoinmunes
- Medicina Ocupacional y Medio Ambiente

DOCTORADO 3 años

- Medicina

CRONOGRAMA DE ADMISIÓN

SEMESTRE 2019-I

INSCRIPCIÓN:	14 de enero al 01 de marzo
ENTREVISTAS:	04 y 05 de marzo
MATRÍCULA:	11 al 15 de marzo
INICIO DE CLASES:	16 de marzo
FIN DE SEMESTRE:	06 de julio

** Prerrequisito: haber culminado el Diplomado Principios y Práctica de Investigación Clínica.

Licenciada por: SUNEDU Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Acreditada Internacionalmente por: ACSUC

INFORMES E INSCRIPCIONES

Av. Alameda del Corregidor 1531 - La Molina
Teléfonos: 365-0483, 365-2300, 365-3640 Anexos: 139, 178
www.posgradomedicina.usmp.edu.pe
E-mail: posgrado_fmh@usmp.pe
/PosgradoMedicinaUSMP

VERITAS LIBERABIT VOS USMP FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ACTUALIDAD

ENTREVISTA DR. CARLOS CARRACEDO, DIRECTOR MÉDICO DE ALIADA CONTRA EL CÁNCER

Cáncer de estómago: La ciencia en deuda con el tratamiento

A diferencia de otros tipos de cánceres que lideran las estadísticas de incidencia en nuestro país, el cáncer de estómago es la que mata a más personas, por distintos motivos: su complejidad, estadios en los que llegan los afectados y porque aun no hay tratamientos eficaces para las 47 mil peruanos con esta enfermedad, que mata a 9 de 10 diagnosticados.

Si bien el cáncer en su conjunto, es un problema de salud pública mundial, pues ocasiona seis millones de muertes y cada año aparecen diez millones de casos nuevos, siendo en la actualidad 22 millones de personas que viven con cáncer en todo el mundo, hay diferencias en la mortalidad de uno u otro tipo de cáncer, además de las diferencias de sus estadios.

Después de mucho años de avance tecnológico y nuevas terapias que cada día ofrecen mayor supervivencia a distintos pacientes con distintos tipos de cáncer, hay un grupo de cánceres que a pesar de todo este auge en la medicina y la tecnología, no han podido beneficiarse porque simplemente para este grupo las opciones son mínimas.

Los cánceres rebeldes, que si bien no están liderando la incidencia en nuestro país, considerado en vías de desarrollo, ni en otros desarrollados, es el cáncer de páncreas, estómago y el cáncer renal. Es decir son los cánceres que matan más debido a que existen pocos tratamientos y son cánceres bastante complejos de abordar, sobre todo el de estómago.

"La razón porque el cáncer gástrico no tiene un buen tratamiento, no se sabe. Es un asunto biológico. El cáncer gástrico por alguna razón aún no hemos encontrado la llave que nos sirva para controlarlo. No tenemos ningún instrumento. Hay muy poquitos avances. Si me dices en cáncer que ha avanzado: pulmón, melanoma. Pero el cáncer gástrico no, por eso mata más" señala el Dr. Carlos Carracedo, Director Médico de Aliada.

Explica que la mayoría de los pacientes con este cáncer, casi el 95% llega en estadios avanzados donde solo a algunos se puede operar y es tan complejo el cáncer de estómago en este grupo que **"hay una proporción relativamente pequeña que se puede operar pero no se puede sacar todo el cáncer, queda enfermedad y se comporta igual a aquellos pacientes que desde el inicio no se puede operar que son la gran mayoría"**.

Si bien en el mundo dos tercios de cada cien pacientes con cánceres de distintos tipos se están salvando. Un tercio faltante está siendo controlado con terapia, cirugía, quimioterapia, radioterapia, tratamientos hormonales y terapia biológica. Ese cambio histórico se está viviendo pero no en el cáncer de estómago que en el Perú es el que más ataca a los varones.

CURACIÓN EN OTROS CÁNCERES

La tasa de curación de otros tipos de cánceres ha mejorado con los años, de eso no hay duda. Solo basta mirar las cifras: en 1900 la posibilidad de curarte de un cáncer era de menos de 5%, en 1949 aumentó a 25%, 1078 subió a 35%, 1985 40%, y ya en el 2000 60% de posibilidad de curación. Está claro que para decir que un paciente es curado tiene que estar en remisión completa o respuesta completa, hasta por un periodo de cinco años.

"En el quinto año recién puedes decir que estas curado. Porque el tiempo ha hecho que tu chance de que regrese el cáncer vaya disminuyendo. El primer año el chance es alto, pero en el quinto año el riesgo es exactamente igual al riesgo que tengo yo o tú, de tener el cáncer. El término curado resulta ser un término estadístico de probabilidades" detalla Carracedo.

EL DESAFÍO ES PARA TODOS

Normalmente los laboratorios que hacen investigación en nuevos tratamientos, tienen dos criterios para el desarrollo de nuevos fármacos: incidencia y estatus económico. Por ejemplo, en cáncer que siempre han investigado y en el que desarrollado nuevos tratamientos es para el cáncer mama y pulmón, este último tiene 15 tratamientos biológicos para beneficio de los pacientes que son casi dos millones de afectados.

La investigación en melanoma fue producto de otro fin. Pero por ejemplo, en cáncer de cuello uterino existe poca investigación de nuevos tratamiento en la industria farmacéutica porque al parecer es un cáncer de población pobre a pesar que son en Perú muchos los que la padecen.

"Por lo mismo que no hay buenos tratamientos para el cáncer de estómago, es complejo el tratar. No hay un tratamiento bueno después de hacer el diagnóstico, ni en países rico ni en los pobres. Es el reto de la investigación" señala el Dr. Carracedo.

¿QUÉ HACER?

Un ejemplo de la lucha contra el cáncer de estómago, es por ejemplo las acciones que realizaron los japoneses, ya que Japón fue un país donde la incidencia era altísima pero vio caer las cifras de incidencia al mejorar las condiciones de vida en algunas regiones donde en su dieta, que es fundamental para este cáncer, comían carne y alimentos ahumados y salados para su conservación pues no tenían refrigeradora.

Además, el estado japonés subvencionó la operación de unidades móviles que con un gastroscopio recorrían el país haciendo endoscopia en toda la población e iban encontrando a personas con cáncer en estadios precoces.

"La dificultad en el diagnóstico precoz que se necesita una endoscopía, un aparataje. Los japoneses lo han hecho con un esfuerzo económico inmenso porque tenían la más alta incidencia del mundo y hoy ya no. Le siguen los chilenos, Brasil también tiene mucha colonia japonesa y tiene mucho cáncer gástrico" señala Carracedo, quien añade que esa no sería una solución para nuestro país.

"Ya intentaron hacerlo en Perú pero no rinde porque allá gastaron como diez para diagnosticar a uno. Acá tiene que gastar mil para diagnosticar uno. Tienes que seleccionar por factores de riesgo. Tal vez así sí. Eso lo que hace la Liga de Lucha contra el Cáncer, busca entre personas que tengan síntomas, sufran gastritis o con factores de riesgo para filtrar la búsqueda y hacer despistaje" explica.

Es por eso la importancia de concientizar a la población de hacer prevención en cáncer para evitar ser parte de esa cifra de 95% de pacientes que llegan al hospital con estadios finales de un cáncer de estómago. **"Cáncer es una fuerza más de la naturaleza, a veces puedes sobrevivir y sobrellevar pero a veces arrasa con todo y no hay forma de pararlo"** indica el especialista de la Clínica Aliada.

"EL CÁNCER GÁSTRICO POR ALGUNA RAZÓN AÚN NO HEMOS ENCONTRADO LA LLAVE QUE NOS SIRVA PARA CONTROLARLO. NO TENEMOS NINGÚN INSTRUMENTO."

"Si dejáramos de fumar habría 30% menos de cáncer en el mundo, si hiciéramos actividad física, no tuviéramos sobrepeso, la chance sería mucho menor, porque total de muertes por año tienen relación en 30% con la dieta, inactividad física u obesidad, y solo el 10% por infecciones y la radiación UV. Es decir hay posibilidad de reducir la tasa del cáncer si conocemos los factores que generan este problema. El cáncer es producto de tu estilo de vida más tu carga genética" finaliza Carracedo.

DATOS:

En el Perú se registraron 40 210 casos confirmados de cáncer en los hospitales, durante el periodo 2013 al 2017, informó el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) del Ministerio de Salud (Minsa).

Según datos del Sistema de Vigilancia de Cáncer, los tipos de cáncer más frecuentes en los varones fueron los de estómago, próstata y piel; y en mujeres fueron los de cáncer de cuello uterino, mama y piel, los cuales han sido detectados de manera tardía.

ADIFAN: "No hay razón para comprar "a dedo" en el extranjero"

Gremio de laboratorios nacionales pide derogación de los alcances anticompetitivos del D. Leg. 1444 porque atentaría contra la competencia y depredaría el mercado al permitir que las compras de medicamentos en el exterior se hagan discrecionalmente.

La industria farmacéutica nacional, reunida en la Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (ADIFAN), pidió a la Comisión de Constitución del Congreso de la República la derogación de los alcances anticompetitivos del D. Leg. 1444, porque señalan que es inconstitucional y excede la delegación de facultades otorgadas al Ejecutivo a través de la ley N° 30225.

Este decreto modificó la Ley de Compras del Estado, según considera ADIFAN, para crear nuevas formas inconstitucionales y anticompetitivas de compras sin supervisión de Contraloría y fuera del alcance de la Ley de Contrataciones, en una palabra: direccionadas. La norma fue expedida por el Ejecutivo en setiembre pasado, a raíz de la delegación de facultades.

ADIFAN considera que con el D. Leg. 1444 se excedió el Ejecutivo en sus facultades y peor aún, instauró mecanismos inconstitucionales en las compras públicas, renunciando el propio Estado a su función promotora de la competencia, permitiendo compras estatales **"a dedo"**.

"El D. Leg. 1444 atenta contra la competencia y depreda el mercado porque permite que las compras se hagan discrecionalmente; a empresas no domiciliadas, sin representantes legales en el Perú, en mejores condiciones, que pueda comprarles el MINSA y Essalud y de hecho es aplicable a toda la Industria, no solo la Farmacéutica" explicó José Enrique Silva, presidente de ADIFAN, explica el efecto en el mercado nacional de medicamentos:

Silva añadió que "las condiciones son absolutamente favorables para los proveedores extranjeros, pues les pagan por adelantado, en moneda extranjera, sin considerar que dicho proveedor no paga costos de registro sanitario, ni logística especializada, ni cuenta con Buenas Prácticas de Transporte o Almacenamiento; no paga impuestos en Perú, ni invierte un centavo en registros, estudios, ensayos, control de calidad, logística especializada, personal, etcétera. Es, por tanto, un atentado contra la inversión privada y un acto depredatorio"

"La facultad legislativa que dio el Congreso al gobierno no fue para que crease nuevas formas de compra fuera de la ley, fue para mejorar la ley, para nuevos mecanismos de compra no; dichos proveedores extranjeros no cuentan con representante legal ni Técnico responsable en el Perú; eligen a dedo y les compran y punto", precisó el presidente de ADIFAN.

Consultado sobre los principios que rigen para impulsar estas nuevas formas de comprar, José Silva dijo que la razón no obedece a ningún criterio sano. **"No hay ninguna razón para comprar a dedo".**

EL ARGUMENTO DE LOS PRECIOS

Sobre el argumento de que en el país se vende muy caro y que por ello las entidades compran afuera, José Silva comentó que la comparación no es técnicamente correcta ya que se compara con una oferta que no paga impuestos ni costos de registros, o estudios en nuestro país y que deja la mercadería solo en el puerto, y son condiciones completamente distintas.

"Estamos sobreviviendo en un mercado donde el Estado es el principal depredador del valor, cuando todos, los nacionales y extranjeros asentados debidamente en el Perú, tenemos derecho a un margen para generar valor e inversión y al respeto a la seguridad jurídica", finalizó José Silva.

"Es, por tanto, un atentado contra la inversión privada y un acto depredatorio"

PROEZA MÉDICA: TRASPLANTE DE HÍGADO A BEBÉ DE 8 MESES DE NACIDA

Por primera vez en el Perú, un equipo de especialistas de la Unidad de Trasplante Hepático Pediátrico del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de EsSalud trasplantó parte de un hígado (monosegmentado) a una niña de 8 meses de nacida, que pesaba 8 kilos y que sufría de de cirrosis por atresia de vías biliares.

El órgano que iba ser trasplantado en un principio pesaba 420 gramos, excediendo el 5% del peso corporal del receptor (400 gramos), por lo que tuvo que reducir el tamaño del órgano a 280 gramos, 3.5% del peso corporal del bebé, siendo la primera vez que se realiza esta adecuación al órgano para luego se trasplantado.

El doctor Félix Carrasco Mascaró, coordinador de la Unidad de Trasplante Pediátrico del Hospital Rebagliati, explicó que esta técnica consistió primero en reducir un segmento de hígado procedente de un donante cadavérico.

La exitosa intervención quirúrgica se realizó en la madrugada y duró 12 horas. Fue posible gracias a la destreza y experiencia del equipo multidisciplinario integrado por cirujanos pediatras, hepatólogos, cirujanos hepáticos, anestesiólogos, intensivistas, pediatras, enfermeras y otros profesionales de salud.

Cabe señalar que el pasado 8 de febrero de 2019 se realizó el trasplante hepático de Camila, otro bebé de 1 año de edad con 8 kilos de peso, quien también padecía de cirrosis por atresia biliar. El padre de la menor, en un acto de amor, donó dos segmentos de su hígado. El trasplante más de 14 horas. La paciente se encuentra saludable y será dada de alta en breve.

BIOESTADÍSTICA

LUIS MAURICIO CASTRO, DOCENTE DEL DEPARTAMENTO DE ESTADÍSTICA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

"La dinámica entre el estadístico y el médico epidemiólogo es vital"

Luis Mauricio Castro, docente y académico del Departamento de Estadística de la Pontificia Universidad Católica de Chile, nos señala la importancia de la bioestadística en los ensayos clínicos y salud pública, área en la que laboró para un ensayo clínico de VIH, tras su participación en III Conferencia Internacional de Calidad y Estadística Aplicada (CICEA) de la Universidad de Piura.

¿En qué área de la bioestadística y epidemiologia se ha desempeñado?

He venido trabajando desde los últimos seis años en modelos para datos longitudinales que tienen mucha aplicación en el área de salud y epidemiologia, específicamente en la evolución del VIH producto de mediciones tomada de ensayos clínicos. Desde el punto de vista epidemiológico es importante conocer como es la evolución del VIH para un grupo de pacientes que está sometido a cierta terapia antiretroviral y para ver si la terapia hace o no efecto.

¿Qué tan importante es la estadística en el campo de la salud?

En el campo de la salud hay muchos datos pero sin duda que la oportunidad de la estadística es crucial porque hay que analizar y luego tomar decisiones. Analizo y con los médicos se toma decisiones y ve si está haciendo efecto o no un medicamento. En algunas instancia a algunos sujetos ya no les hace efecto el tratamiento porque de repente hay poca adherencia y hay que ver cuáles son las causas, así que la dinámica entre estadístico y epidemiólogo, médico, salud pública es súper vital.

Es complicado los estudios estadísticos porque en el caso de un ensayo clínico interviene mucho el tema ambiental, lo que ocurre en el entorno de paciente que hace que el comportamiento sea variable…

Hay muchas variables que son dependientes del paciente, que si tiene la rigurosidad para tomar la medicina, cosas propias de la bilogía humana y toda esa variables, el médico las tiene claras y al momento de tomar los datos ellos pueden coleccionar los datos pero su trabajo queda hasta allí porque no saben modelarlas. Para eso el estadístico está con todas las herramientas que desarrollamos.

¿Se puede moldear un estudio estadístico con variables ambientales y propias de la bilogía del ser humano?

Exacto, sin duda que se puede hacer. Obviamente como decía pensar de que un proceso físico y biológico se pueda representar por una ecuación es imposible, pero uno puede proponer un modelo que sea la mejor representación de ese fenómeno y uno puede ir afinando ese modelo hasta tener una súper buena aproximación del fenómeno. Ese es el trabajo del estadístico, proponer modelos que sean súper buenas aproximaciones de un fenómeno real tangible, que la gente ve.

¿Hasta dónde se aproxima?

Es un camino que no tiene fin, siempre hay un modelo mejor que el otro.

¿En un estudio específico hasta donde llega esa aproximación en precisión?

Llega hasta el grado que uno puede usar el modelo para predecir y predice de mejor forma, puedo hacer estudios de test para ver si mi modelo predice o no si mi modelo estima y tiene resultados sensatos o no. Es cuestión de ir especificando modelos estimando, entrenándolos, y reentrenándolos de tal manera que no termina en un instante.

¿Esto se usa en ensayos clínicos siempre?

Sí, se usa mucho.

Porque últimamente para los ensayos clínicos se está usando mucho la inteligencia artificial…

Todas las cosas de inteligencia artificial y machine learned, clastering y cosas que se usan ahora son técnicas estadísticas que datan de los años ochenta. La tarea como estadístico es usable. Que ahora se use machine learning no significa que lo que hace el machine learning no se haya usado antes y no se esté usando continuamente. Son técnicas que se usaron mucho tiempo atrás y que ahora tienen otro nombre, es como el clustering que es una técnica súper añeja. El machine learning es una combinación de técnicas súper añeja en estadística. En los ensayos clínicos, la gente habla del diseño, pero una vez que tengo los datos, qué hago con los datos. Uno puede calcular promedios, pero no puede modelar de varias formas el fenómeno y eso es lo que yo hago.

¿Se usan modelos únicos?

Son modelos que cambian probablemente dependiendo de la situación en la que uno analice. Por ejemplo en la dinámica viral cuando uno modela este tipo de variables que es como la carga viral uno utiliza ecuaciones diferenciales para modelar la dinámica y eso es súper específico del VIH probablemente. Si la situación cambia, el problema cambia y voy necesitar otra representación matemática del fenómeno y eso va cambiar, obviamente necesito saber algo de matemática y algo de estadística para poder dar una representación. A la larga lo que quiero es dar una buena representación, ojalá súper buena.

¿En epidemiologia cuál es el aporte y qué se puede lograr mostrar?

Por ejemplo, en estos ensayos clínicos, si uno quiere ver si hay un decaimiento de la carga viral o u aumento de la capacidad inmunológica, entonces y en buena cuenta ver si realmente la terapia reduce o no la inmunidad, esa respuesta que pueda dar como estadístico es súper importante para el que está diseñando el ensayo y tiene que tomar la decisión de lanzar la terapia al mercado y por supuesto a nivel país hace de que ahora, no sé, en Chile tengamos por ejemplo, esta píldora que previene el VIH o alguna vacuna, o reemplazar la terapia oral por inyectable. Tiene consecuencias en la salud pública muy importantes.

LUIS MAURICIO CASTRO, UNIV. CATÓLICA DE CHILE

"EN EL CAMPO DE LA SALUD HAY MUCHOS DATOS PERO SIN DUDA QUE LA OPORTUNIDAD DE LA ESTADÍSTICA ES CRUCIAL PORQUE HAY QUE ANALIZAR Y LUEGO TOMAR DECISIONES… LA DINÁMICA ENTRE ESTADÍSTICO Y EPIDEMIÓLOGO, MÉDICO, SALUD PÚBLICA ES SÚPER VITAL."

Minsa supervisa contrucciones de hospitales en Iquitos y Pucallpa

El Minsa incremento las supervisiones de obras de infraestructura que se desarrollan en diversas ciudades del interior del país. El nuevo establecimiento de salud de Iquitos beneficiará a 321 mil personas y el nosocomio de Pucallpa beneficiará a casi medio millón de personas.

La ministra de Salud, Zulema Tomás Gonzáles, y el presidente de la República, Martín Vizcarra, supervisaron el avance de las obras de construcción del nuevo Hospital César Garayar de Iquitos.

La obra que se construye con una inversión de S/. 235´388,043, beneficiará a 321 mil personas. Contará con 170 camas, 19 consultorios, 3 salas de operaciones, salas de parto, UCI y UCI neonatal, tomografía, mamografía, entre otros. Actualmente se tiene un avance físico de la obra del 20.86%.

Previa a la visita al Hospital Cesar Garayar, la titular del Minsa supervisó la atención que se brinda en el centro de Salud San Juan y el Hospital de Contingencia.

En el Hospital de Contingencia, analizó el reforzamiento de este establecimiento, que es temporal en tanto se culmina el nuevo hospital.

Para ambos casos, un equipo del Minsa brindará la asistencia técnica respectiva a fin de que se mejoren los procesos para realizar mejoras en la atención y abastecimiento de medicamentos.

SUPERVISIÓN EN PUCALLPA

Por su parte, el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, Óscar Cosavalente Vidarte, realizó una visita de inspección a la construcción del Hospital Regional de Pucallpa, en el departamento de Ucayali, cuyo avance se encuentra en más del 60 por ciento.

El proyecto de fortalecimiento de los servicios de salud de este nosocomio, consiste en la construcción de un hospital de categoría III.

"Este nuevo hospital beneficiará a casi medio millón de personas no solo de Ucayali, sino también del sur de Loreto, así como de los departamentos de Pasco y Huánuco ya que su alcance es a nivel macro regional. Va ser un hospital de especialidades complejas con tecnología de punta en servicios nuevos como ecocardiograma, rehabilitación, densitometría ósea, ecografía doppler, entre otros. Así ya no será necesario que los pobladores viajen hasta Lima", destacó Cosavalente Vidarte.

La obra, a cargo del Gobierno Regional de Ucayali, contará con 6 bloques de 4 pisos y brindará atención en 33 consultorios clínicos. También tendrá además de los servicios mencionados sala de resonancia magnética, tomografía computarizada, entre otros; y atenderá en 26 especialidades médicas.

Este nuevo hospital contará con 178 camas hospitalarias, 2 salas de partos, 4 salas de operaciones y 14 salas para procesos quirúrgicos.

El funcionario del Minsa, Óscar Cosavalente Vidarte, quien desarrolla un conjunto de actividades en esta región, también recorrió el Hospital Amazónico y el Centro de salud Centroamérica, un establecimiento I-4 con una jurisdicción de 27 mil habitantes. Asimismo, evaluó los servicios que este año entrarán en el programa ministerial de Redes Integradas de Salud (RIS).

En esta jornada el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud, estuvo acompañado por el gobernador de la región Ucayali, Francisco Pezo, y el director de la Dirección Regional de Salud (Diresa), Antonio Torres.

Previo a este recorrido, se realizó la firma de un acuerdo que contempla el fortalecimiento de temas como anemia y desnutrición infantil, mortalidad materna, humanización de la atención en salud, entre otros, que serán seguidos para su cumplimiento durante los próximos meses.

"EL NUEVO HOSPITAL DE IQUITOS SE CONSTRUYE CON UNA INVERSIÓN DE S/. 235´388,043, BENEFICIARÁ A 321 MIL PERSONAS. CONTARÁ CON 170 CAMAS, 19 CONSULTORIOS, 3 SALAS DE OPERACIONES, SALAS DE PARTO, UCI Y UCI NEONATAL, TOMOGRAFÍA, MAMOGRAFIA..."

CONGRESO INTERNACIONAL

CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA

25 Y 26 ABRIL 2019 Swissôtel Lima

PROFESORES INVITADOS

- Michel Tazartès
- Ana Rosa Pimentel
- Marco Sales Sanz

EJES TEMÁTICOS

- CIRUGÍA OCULOPLÁSTICA
- PATOLOGÍA Y CIRUGÍA DE ÓRBITA
- VÍAS LAGRIMALES
- CAVIDADES ANOFTÁLMICAS

COSTOS DE INSCRIPCIÓN

	HASTA EL 30/11/2018	HASTA EL 8/3/2019	DESPUÉS
MÉDICOS ASOCIADOS (HÁBILES)	USD 220	USD 240	USD 260
MÉDICOS NO ASOCIADOS	USD 250	USD 280	USD 310
MÉDICOS RESIDENTES	USD 100	USD 110	USD 120

Formas de pago:
- Cta. Cte Interbank dólares (SPO): 127-300053392-2
- Transferencia Internacional Código SWIFT: BINPPEPL
- Pago online con tarjeta de crédito: Visa, Mastercard, Dinners club y American express.

INSCRIPCIONES

Sociedad Peruana de Oftalmología
Telf.: +51(1) 440 6740 Cel: 983 278 769
E-mail: spo@spo.org.pe

INFORMES

Grupo Milenium
Whatsapp: (+51) 981 502 034
E-mail: informes3@grupomilenium.pe

www.sociedadperuanadeoftalmologia.pe

TERAPIA FÍSICA

CHRISTIAM JOEL MEGUE HUAMANI, REPRESENTANTE OFICIAL DE BOBATH IBITA EN EL PERÚ.

El concepto Bobath en neurorrehabilitación

Sin necesidad de máquinas ni electricidad, un concepto en neurorrehabilitación ha venido dando resultados en pacientes con lesiones cerebrales y/o enfermedades neurológicas en el mundo. En Perú este concepto se va cimentando por medio de Christiam Megue, quien es representante y difusor del concepto Bobath en el país.

La Terapia Física Neurológica, busca mejorar la funcionalidad de los pacientes con lesiones por secuelas a causa de un accidente cerebrovascular (ACV), aneurisma, embolia, infarto, entre otros problemas del sistema nervioso central y periférico (hernias, parálisis facial, etc), sin embargo, dentro de esta terapia, existe un concepto que se viene haciendo en el primer mundo con mejores resultados: el concepto Bobath.

"Un terapeuta físico formado en la terapia neurológica bajo el concepto de Bobath, es capaz de formar sinapsis nuevamente en el cuerpo del paciente afectado, para activar el músculo que estaba paralizado, solamente usando las manos. La clave está en saber cómo funciona el movimiento humano normal para generar el movimiento con todos los sentidos que requiere, un movimiento natural o normal" explica Christiam Joel Megue Huamani, terapeuta físico y de rehabilitación y único representante Oficial de BOBATH IBITA en el Perú.

Megue, señala que un paciente afectado neurológicamente mejora depende del tipo de lesión, la ubicación y el tamaño del área afectada en el cerebro del paciente. Pero otros factores como: si la persona han sido deportista o no, también influyen en la recuperación mediante el concepto Bobath, sin embargo todos los pacientes con daño neurológico progresan.

"Cuando una persona, por ejemplo, ha tenido ACV suele tener todo el cuerpo flácido, después que lo estabilizan, el tono muscular, que es la fuerza del músculo que es enviado por el cerebro, empieza a activarse y se determina en un lado paralizado y el otro no, o se paraliza todo el cuerpo, depende del tipo de lesión. Las personas que no progresan es porque no han tenido el tratamiento adecuado", comenta el especialista, quien ha tenido logros reconocidos por sus pacientes y familiares que lo han llevado a ser evaluado por la International Bobath Instructors Training Association (IBITA) para ser instructor Bobath, hasta ahora único candidato de Perú.

"Hay músculos clave que se debe mejorar para que haya una función en el paciente. Es decir, si el paciente está paralizado del lado derecho de nada me va servir que trabaje brazos y piernas, si no tiene un tronco fuerte para que supla la función que falta y eso lo advierte la terapia neurológica. Hay mucha evidencia sobre esto en la cual se ve la mejoría del paciente de acuerdo a este trabajo. Se trabaja tanto el lado no paralizado como el paralizado, también se hace trabajo sensorial. Ese concepto es el concepto Bobath. Pero la terapia física y de rehabilitación que no tienen este concepto, no trabajan a minuciosidad las otras partes no paralizadas que intervienen en el movimiento afectado" subraya el experto.

Christiam Megue, también explica que es bueno tener una terapia física neurológica en el momento oportuno, porque cuando existe más activación neuronal por activación muscular se estimula la absorción, se disminuye el coágulo y aumenta la funcionalidad del paciente. **"La idea es hacerlo de la mano. Ni bien empieza el paciente su proceso de recuperación trabajarlo con Bobath para que vaya siendo a la par y el paciente tenga un movimiento normal"** recomienda Mengue.

"Nosotros alineamos y trabajamos zonas claves para que tenga una postura normal y sobre esa postura estable hacer un movimiento. Para hacerlo caminar analizamos bastante al paciente como qué necesita, si necesita bastón o andador. Porque a veces temprano le dicen al paciente que use bastón e inutilice el lado afectado. Por eso ya no se habla de hemipléjico sino de doble hemipléjico. No hay lado bueno o malo, sino lado paralizado y no paralizado" comenta el terapeuta.

CHRISTIAM MEGUE HUAMANI, BOBATH IBITA EN EL PERÚ

Megue, señala que su trabajo es recapitular la información de todo el personal, neurólogo, fisiatra, y nutricionista del paciente, para comandar la terapia y hacer pronóstico terapéutico en base a la funcionalidad del paciente. **"Por ejemplo le digo que en tres meses va lograr llegar a un rango medio o va lograr mantenerse sentado y llevarse la cuchara a la boca. Sin choques de electricidad, ni paños calientes ni máquinas que tanto suelen comprar las clínicas. Cada paciente en neurología es distinto. Incluso dos personas pueden tener el mismo daño en el cerebro pero no presentan las mismas consecuencias porque cada persona es distinta. Es un trabajo de mucho análisis y solo con las manos".**

La candidatura de Christiam Megue, a instructor Bobath, lo convierte en el representante de esta institución en el Perú, por lo que viene trayendo instructores de alto nivel en el mundo a nuestro país para capacitar terapeutas físicos especializados en neurorrehabilitación bajo este concepto. En mayo y noviembre realizará talleres en nuestro país con instructores reconocidos en el mundo en este concepto.

Por otro lado, el camino para ser instructor Bobath para el peruano es de constante capacitación y evaluación. En enero Christiam tuvo una capacitación en Chile, en febrero estuvo en Argentina y en marzo le toca Costa Rica. **"Evalúan mi manejo en un paciente y los objetivos que logre con el paciente. Mis clases con referencia y evidencia científica"** señala.

Las patologías que se pueden tratar con rehabilitación neurológica con el enfoque Bobath son todo tipo de ACV, hemorrágico, isquémico, infarto cerebral, párkinson, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, lesión de la medula, completa e incompleta, síndrome cerebeloso, ataxia, Corea, huntington y movimientos neurológicos.

"Nuestra función es llevar al paciente a la mayor funcionalidad posible. No me gusta usar la palabra calidad de vida porque bajo esa frase algunos se excusan diciendo que no puede mejorar, solo dar calidad de vida. Pero no es así, todos los pacientess mejoran, absolutamente todos" finaliza.

"UN TERAPEUTA FÍSICO FORMADO BAJO EL CONCEPTO DE BOBATH, ES CAPAZ DE FORMAR SINAPSIS NUEVAMENTE EN EL CUERPO DEL PACIENTE AFECTADO, PARA ACTIVAR EL MÚSCULO QUE ESTABA PARALIZADO, SOLAMENTE USANDO LAS MANOS."

Uso medicinal y terapéutico del Cannabis con reglamento

El Gobierno aprobó el Reglamento de la Ley Nº 30681, "Ley que regula el uso medicinal y terapéutico del Cannabis y sus derivados", norma que aborda disposiciones sobre el uso informado, la investigación, la producción, la importación y la comercialización del cannabis y sus derivados destinados exclusivamente para fines medicinales y terapéuticos.

Mediante Decreto Supremo, el reglamento garantiza el acceso al Cannabis para responder a la necesidad de proteger la salud de 7596 personas, que sufren de problemas de salud como: epilepsia refractaria, síndrome Lennox - Gastaut, dolor crónico, efectos secundarios de la quimioterapia y otros.

La norma señala que la licencia para la investigación científica en salud con fines medicinales la otorga el Instituto Nacional de Salud (INS) del Ministerio de Salud (Minsa) a las universidades acreditadas por la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) e instituciones de investigación en salud.

En el caso de las investigaciones agrarias o con algún componente agrario, la licencia es otorgada por el Instituto Nacional de Innovación Agraria (INIA) del Ministerio de Agricultura.

Asimismo, se establecerá el registro del paciente en el Registro Nacional de Pacientes Usuarios del Cannabis y sus derivados para uso medicinal y terapéutico, a través de una declaración jurada virtual en el portal web de la (Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID), para lo cual se ingresan los datos solicitados, conforme a lo dispuesto por la Ley Nº 29733, Ley de protección de datos personales.

IMPORTACIÓN SÓLO CON RECETA MÉDICA

Aquellas personas que requieran importar medicamentos o preparados de cannabis para uso medicinal personal o familiar, lo podrán hacer siempre y cuando cuenten con una receta médica prescrita por el médico tratante, advirtieron especialistas del Ministerio de Salud (Minsa).

El director de Salud Mental del Minsa, Yuri Cutipé Cárdenas, explicó que la importación individual es una forma de acceder al uso medicinal y terapéutico del cannabis y sus derivados para procesos de tratamiento de algunas patologías complejas, según los alcances del reglamento de la Ley N° 30681.

Para proceder con ello, la persona tendrá que tramitar ante la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (Digemid), del Minsa la importación del medicamento o preparado, a través de una autorización excepcional.

"Las recetas médicas pueden ser prescritas por un médico especialista para el tratamiento de las epilepsias crónicas, como el síndrome de Lennox, que se caracteriza por una alta frecuencia de convulsiones en niños; en esclerosis múltiple, para la relajación muscular; así como para calmar dolores crónicos neuropáticos, dolor por cáncer, entre otros", detalló.

Yuri Cutipé indicó que el médico tratante debe tener los conocimientos farmacológicos suficientes para recetar el medicamento o producto de cannabis, **"porque si el medicamento tiene un efecto negativo secundario en el paciente, deberá asumir toda la responsabilidad del acto médico",** advirtió.

En este contexto, el Minsa junto con otras instituciones, como Colegio Médico del Perú y universidades organizarán en conjunto actividades de capacitación y de discusión para el mejor desempeño profesional del médico tratante.

MINSA: "SEGÚN EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 30681, SE PODRÁ IMPORTAR MEDICAMENTOS DE CANNABIS SOLO CON RECETA MÉDICA"

Galenicum Health ingresa a segmento OTC

Desde su ingreso al país con su filial peruana Galenicum Health se enfocó en medicamentos de prescripción médica. Ahora, la empresa busca expandir sus negocios ingresando al segmento OTC o de venta libre en el retail farmacéutico.

Carlos Palma country manager de la empresa señaló que dicha categoría está bastante cubierta y es muy competitiva en precios. Sin embargo, la empresa ha identificado algunos nichos por atacar. **"El mercado OTC es mucho de jarabes, antiinflamatorios, antigripales, pero por ahí hay espacios para atender otras patologías"**, mencionó.

Así, en su reciente ingreso este segmento apostaron por productos para problemas de sueño, donde la competencia se reduce a dos empresas.

Para potenciar este nuevo portafolio prevé entrar también a la línea de suplementos alimenticios y vitaminas.

Si bien el ingreso al mercado OTC es su apuesta más reciente, Palma reconoció que este negocio no superaría el 10% de los ingresos y que la categoría de medicinas con prescripción médica seguirá siendo lo más relevante.

Por ello, en el 2019 apelarán a una estrategia de lanzamientos para reforzar las líneas cardiovasculares, oncológicas y del sistema nervioso. Asimismo, incursionarán en productos de urología. Hoy, 60% de las ventas proviene de medicinas para el sistema nervioso central.

EXPANSIÓN EN PERÚ

Apoyado por la expansión del portafolio y el ingreso a más cadenas de farmacias, **"Galenicum Health prevé crecer a doble dígito en el 2019, aún en un mercado de precios bajos por los mecanismos de compra en el sector público y privado",** dijo Palma.

En el 2018, el mercado de productos de prescripción creció 2.5% en valor y 6% en volumen, sostuvo Palma.

Entre otras apuestas comerciales, Galenicum Health también ingresará a competir en el segmento de medicamentos genéricos con marca. Así, los productos del portafolio llevarán parte del nombre científico, acompañados de la marca Vitae, indicó Carlos Palma.

(Leer más de Galenicum en la edición 48 de Top Medical)

ANTIBIÓTICOS CONTRA LA 'E. COLI' MULTIRRESISTENTE

El tratamiento combinado de mecillinam y cefotaxima muestra eficacia contra el E.Coli Multiresistente.

El equipo de investigadores de la Universidad Técnica de Dinamarca (DTU) ha demostrado, según publica 'Nature Communications', que un cóctel de dos antibióticos comunes, mecillinam y cefotaxima, puede hacer que estos 'E. coli' multirresistentes específicos (betalactamasa de espectro extendido, BLEE) vuelvan a ser sensibles al tratamiento contra infecciones del tracto urinario.

"Necesitamos tomar medidas de precaución para evitar la resistencia, porque es muy probable que esta mutación ocurra en algún momento. Al dar tanto mecillinam como cefotaxima al mismo tiempo, la mutación CTX-M-15 funciona como un interruptor, y las bacterias se vuelven

sensibles al tratamiento de nuevo", ha señalado la primera autora, Carola Rosenkilde, estudiante de doctorado en el Centro para la Bio-sostenibilidad de la Fundación Novo Nordisk (DTU Biosustain) en la DTU.

Otra ventaja de usar mecillinam y cefotaxima como una combinación de medicamentos es que ambos medicamentos pueden administrarse por vía oral, como píldoras. Por lo tanto, los médicos podrían usar estos dos medicamentos ya aprobados para tratar infecciones por 'E. coli' (BLEE) resistentes a múltiples medicamentos.

NUEVO FÁRMACO QUE DETIENE EL CRECIMIENTO DEL CÁNCER DE PRÓSTATA

Ensayos clínicos en humanos empezaría en Europa Occidental

Un nuevo fármaco, llamado MKC8866 y fabricado por la compañía de biotecnología MannKind Corporation, detiene el crecimiento de las células del cáncer de próstata tanto en cultivos celulares como en experimentos con animales.

Esta pequeña molécula que pertenece a un grupo de sustancias llamadas hidroxi-aril-aldehídos, es capaz de interferir en una vía de señalización asociada a la respuesta al estrés de las células cancerosas.

"Este nuevo fármaco de molécula pequeña tiene un efecto muy bueno en el crecimiento de células de cáncer de próstata, por lo que ya estamos planeando ensayos clínicos con humanos. Esperamos que estas pruebas se lleven a cabo en Escandinavia y Europa occidental", han dicho los expertos.

En concreto, la vía de señalización intracelular, que es fundamental para el nuevo descubrimiento, está vinculada al retículo endoplásmico de las células. Este es un órgano de células pequeñas, un orgánulo, que consiste en una red de membranas pequeñas dentro de las células. De hecho, muchos de los procesos bioquímicos de la célula tienen lugar en estas membranas.

"Hemos utilizado MKC8866, que fue desarrollado para otros propósitos, y hemos demostrado que inhibe la ruta de la señal y la activación de la oncoproteína. Por lo tanto, también inhibe el crecimiento de tumores de cáncer de próstata tanto 'in vitro' como 'in vivo', en modelos de cáncer de próstata de ratón", han zanjado los expertos.

ENTREVISTAS

DRA. ENRIQUETA FELIP, INSTITUTO VALL D´HEBRÓN DE ONCOLOGÍA DE BARCELONA.

"La inmunoterapia está desplazándose en tratamientos de primera línea"

Dra. Enriqueta Felip, Jefa de la Unidad de Tumores Torácicos, de Cabeza y Cuello e investigadora del Programa de Investigación del Cáncer Torácico en el Instituto Vall D´Hebrón de Oncología de Barcelona.

¿Cuáles han sido los avances más relevantes que han podido dar la luz en los últimos diez años en el cáncer de pulmón, de sus diferentes tipos y estadios?

Las más importantes serían, básicamente, en dos líneas: Una es la identificación de sub grupos de pacientes de cáncer de pulmón basados en alteraciones moleculares, pues no todo el cáncer de pulmón es igual y dentro del cáncer de pulmón tenemos sub grupos de pacientes en los que el tumor tiene una alteración molecular claramente dependiente de esa alteración para proliferar, por ejemplos pacientes con mutación de EGFR, traslocación de ALK. Estos pacientes se tratan de forma diferente. Hay una línea clara de investigación en este sentido.

¿Cuál es la segunda?

La segunda es la integración de una nueva estrategia que es la inmunoterapia. Nosotros en cáncer de pulmón las estrategias de tratamiento que utilizábamos era quimioterapia, radioterapia, cirugía y fármacos contra dianas. Pero desde hace seis años tenemos estudios que nos demuestran que la inmunoterapia mejora los resultados en sub grupos de pacientes pero cada vez grupos más importantes de pacientes. Sabemos que en la segunda línea tiene un papel y en este momento la inmunoterapia está desplazándose en tratamientos de primera línea para cáncer de pulmón no microcítico para algunos pacientes. Hemos tenido datos reciente de que probablemente el cáncer de pulmón de células pequeñas tendrá un papel en la inmunoterapia y resultados de que ya la integramos también en pacientes con tumores no metastásicos.

¿Y en pacientes con cáncer metastásico?

Globalmente el cáncer de pulmón es una enfermedad agresiva pero en los últimos años hubo avances claros para mejorar los resultados. Hablando en la mayoría de los casos en enfermedad metastásica y en enfermedad no metastásica cada vez conocemos mejor también como tenemos que integrar quimioterapia, radioterapia y tratamiento multimodal. Qué pacientes deben realizar quimioterapia post operatoria pero realmente que a partir del análisis molecular y la integración de la inmunoterapia ha cambiado la posibilidad de los pacientes con cáncer de pulmón.

Como casi la mayoría de las terapias, la investigación siempre está enfocada en estos estadios como los metastásicos en lo que poco se podía hacer para detener el avance del cáncer. Pero a medida que pasan los años va teniendo un alcance mayor a otros estadios y o como tratamiento coadyuvante. ¿Es en este panorama en el que se encuentra la inmunoterapia?

He hablado de avances en enfermedad metastásica y decir que no todos los pacientes pero la mayoría empiezas con fármacos de mejor respuesta. Pero no solo se está investigando en pacientes con metástasis sino con enfermedad más limitada. Hay varios estudios que analizan cuál es el papel de la inmunoterapia después de la cirugía e incluso antes, hay estudios en marcha. Hay una actividad importante en investigación en cáncer de pulmón y tenemos resultados de estudios constantemente y estos estudios en estadios más precoces se están llevando a cabo para ver si las estrategias de inmunoterapia es eficaz no solo en pacientes en estadio 4 sino en tratamiento coadyuvante a la cirugía.

Hablando de tratamientos blancos e inmunoterapia ¿cuál en estos dos grupos ha demostrado una mayor supervivencia en estadio cuatro?

En cáncer de pulmón, porque el melanoma quizá es más homogéneo en cuanto a las alteraciones moleculares. El cáncer de pulmón no es una sola enfermedad sino son enfermedades diferentes. Es curioso porque cuando analizamos el cáncer en no fumadoras tiene una alteraciones moleculares diferentes que las fumadoras. En no fumadores el porcentaje de pacientes que tiene una alteración molecular es muy elevado. Una mujer no fumadora con un cáncer de pulmón estadísticamente tiene un 50% de tener una mutación de EGFR y 20% de ALK. En este grupo se han hecho avances importantes por años, tratamientos a progresión, activos en el sistema nerviosos cerebral. ¿Cómo se compara esto con inmunoterapia? Más que comparar pueden ser complementarios. La inmunoterapia hemos visto que hay estudios de seguimiento y vemos un 18% de pacientes vivos a cinco años, es poco pero eran pacientes incluidos en un estudio fase 1 que habían recibido todos los tratamientos previos y es más de lo que habíamos conseguido hasta ahora. Cuando hablamos de inmunoterapia hablamos de un fármaco que estamos yendo ya a las combinaciones de inmunoterapia más quimioterapia y hay muchas combinaciones en marcha buscando esa sinergia y probablemente no todos los pacientes en el futuro se van a tratar igual, hay pacientes que tienen el tumor inflamado y que a lo mejor con un solo fármaco de inmunoterapia van a tener bastante pero hay otros pacientes que las características del tumor nos va a decir que necesitan estrategias más agresivas de inmunoterapia, esto es el futuro , la investigación. La inmunoterapia tiene un papel pero tenemos que seguir investigando de los pacientes que se benefician y de los pacientes que no.

¿Las investigaciones están dirigiéndose a la combinación tanto de inmunoterapia con terapias target?

Se están tratando de complementar la inmunoterapia y fármacos contra diana. Es verdad que en algunas experiencias hubo algún tipo de toxicidad cuando hemos juntado inhibidores de la tirosina quinasas con inmunoterapia pero sí que tenemos datos recientes de quimioterapia más anti-angiogénicos más inmunoterapia con buenos resultados en pacientes con alteraciones moleculares. Es un campo claramente abierto

"HEMOS TENIDO DATOS RECIENTE DE QUE PROBABLEMENTE EL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS PEQUEÑAS TENDRÁ UN PAPEL EN LA INMUNOTERAPIA Y RESULTADOS DE QUE YA LA INTEGRAMOS TAMBIÉN EN PACIENTES CON TUMORES NO METASTÁSICOS."

Qué sucede con las alternativas de tratamiento cuando el tumor hace resistencia a una

línea de tratamiento que normalmente es a los dos años ¿existen nuevos marcadores para nuevos medicamentos?

Estamos hablando de pacientes con alteración molecular con EGFR o ALK, para estos pacientes tenemos tratamientos definidos de primera línea. En pacientes con EGFR el mecanismo de la resistencia en el 50% de los casos es la AT750M y en este momento hay estrategias contra esta mutación por lo que es importante el análisis molecular no solo del diagnóstico sino de la progresión. En ALK positivo que son con características más joven de 50 años, en este momento tenemos fármacos de enfermedad libre de progresión de más de 30 meses. Cuando progresan hay una clara recomendación de intentar hacer una biopsia para saber el mecanismo molecular y aprender de ello. Porque sabemos que hay pacientes que progresan con una mutación de ALK secundaria y hay pacientes que no. Probablemente esta es la línea y no deberíamos tratar a todos los pacientes igual en aquel momento los pacientes con una mutación secundaria puede seguir siendo sensibles a otra mutación de ALK y quizá los pacientes que no, con tratamientos de quimioterapia, pero en estos momentos en los tumores con ALK es más una línea de investigación pero sí que estamos revisando los mecanismos de resistencia la progresión.

¿Qué desafíos trae consigo esto la medicina d precisión y personalizada en el tratamiento?

La de explicar a los pacientes sobre las necesidades de biopsias, también tenemos lo que son las biopsias líquidas que en cáncer de pulmón es la que hay el mayor avance, que el paciente entienda porque hacemos esto en cada momento. Luego tenemos el reto de las técnicas. Cuando halamos de biopsia líquida, de análisis molecular, no todas las pruebas tienen la misma sensibilidad.

¿La biopsia líquida qué marcadores detecta y con qué técnicas se realiza?

Cuando hablaos de biopsia líquida estamos hablando de muchas técnicas diferentes. Biopsia líquida es un análisis de sangre, ¿cómo haces la determinación de la sangre? se puede hacer con una técnica menos sensible como puede ser un Cobas, solo para mirar la mutación de EGFR o puedes hacer un NGS que son Técnicas de Secuenciación Masiva a nivel de la sangre y ahí miras muchas más alteraciones moleculares con más sensibilidad. Es importante la biopsia liquida cuando cada muestra se sabe con qué sensibilidad se hizo. Ahora mismo hay una con alta sensibilidad y que nos diagnostican un panel de alteraciones moleculares muy importante.

¿Su uso es para monitorear al paciente?

Hay dos situaciones. la biopsia líquida en algunas guías dice que a pacientes con cáncer de pulmón en el momento del diagnóstico para hacer análisis molecular es pequeño porque muchas veces se accede a broncoscopia. En esa situación si no hay material suficiente para un análisis molecular, la biopsia líquida, puede ser una alternativa. Después está en el momento de la progresión diría que pacientes con EGFR mutado, la biopsia liquida la progresión es una realidad. Si tienes la T790M en líquido, en plasma, en biopsia líquida es suficiente para poder tratar al paciente, en ALK positivo entra más en un tema de investigación. Luego está el monitorear al paciente, hacer la biopsia líquida para predecir cuando el paciente va progresar, eso es investigación, en estos momentos no usaría la biopsia líquida para seguir al paciente además del escáner o pruebas radiológicas.

Biopsia y pruebas de escáner, son ahora las alternativas de seguimiento al tratamiento…

Con las pruebas sabemos si el tumor es sensible o no a los tratamientos que estamos dando. Para decidir cualquier tratamiento funciona o no repetimos la exploración radiológica a las seis u ocho semanas de haber iniciado el tratamiento, comparamos las dos exploraciones y con esto decidimos si está en respuesta o no el paciente. Esto no nos da un análisis molecular.

Se sabe que hay un comportamiento distinto en el cáncer del pulmón entre el hombre y mujer ¿Hay estudios que den luces de por qué hay esa diferencia?

Lo que sabemos que el pronóstico de cáncer de pulmón es mejor en mujeres y esto es lo que esta publicado. A veces puedes ser debido a las comorbilidades que son más en hombres que en mujeres.

¿Además de combinar la inmunoterapia y las terapias target, que otros frentes se están investigando en cáncer de pulmón?

El intentar ir hacia la medicina de precisión, el cáncer de pulmón es un ejemplo de cómo estamos yendo a eso con pacientes seleccionados con alteraciones moleculares. Esto está aumentando, ya que antes hablábamos de EGFR y ALK, pero ahora hay más. Tenemos ROS, BRAF, MET, una serie de alteraciones moleculares en adenocarcinoma de pulmón que cada vez son poco frecuentes pero que están allí y que si la tenemos podemos tratar de manera dirigida con fármacos dirigidos. En la mayoría de los casos son excluyentes, si uno tiene una no tiene la otra. Esta es una línea que irá incrementándose en los próximos años no solo en cáncer de pulmón no microcítico sino en microcítico y ojalá en carcinoma escamoso.

En cuanto a la inmunoterapia creo que debemos de aprender mucho. La inmunoterapia tiene un papel en segunda línea, si la damos sola y también en primera línea en combinación con quimioterapia. Pero las estrategias con la inmunoterapia vienen en intentar predecir que pacientes se van a beneficiar y cuáles no y en estos no definir cuál es la mejor estrategia y también el encontrar tratamientos a la progresión de la inmunoterapia pero básicamente todo viene de estudios de combinación no solo de fármacos dirigidos e inmunoterapia sino de inmunoterapia con otras inmunoterapias y otras estrategias.

¿En cáncer de pulmón es el cáncer en el que más investigación se hace?

No sé si el que más, pero hay factores que han hecho que los últimos años haya estos avances y básicamente en la medicina de precisión, recuerda que las mutaciones de EGFR se describieron por primera vez el 2004, antes no sabíamos que existía, las traslocaciones de ALK en el 2007, como consecuencia de esta investigación, ROS en el 2009 y la inmunoterapia igual. Los estudios de fase 1 de inmunoterapia se publicaron en el 2012, hubo avances en este sentido. El hecho de detectar que pacientes se benefician de cada estrategia ha sido fundamental en avanzar y seguir avanzando. No olvidar que en estadios no metastásicos se está haciendo un esfuerzo de integrar estas estrategias y tener a más pacientes curados.

"TENEMOS RESULTADOS DE ESTUDIOS CONSTANTEMENTE Y ESTOS ESTUDIOS EN ESTADIOS MÁS PRECOCES SE ESTÁN LLEVANDO A CABO PARA VER SI LAS ESTRATEGIAS DE INMUNOTERAPIA ES EFICAZ NO SOLO EN PACIENTES EN ESTADIO 4 SINO EN TRATAMIENTO COADYUVANTE A LA CIRUGÍA… "

DRA. MARCI GOOLSBY, HOSPITAL FOR SPECIAL SURGERY DE NY - USA

"Estrés: hasta qué punto es bueno en el deporte"

El estrés en los huesos que ocasiona el exceso de ejercicio físico sin el descanso debido, la falta de energía por mala alimentación y por consecuencia la carencia de la menstruación en mujeres, afectan directamente a los huesos y pueden ocasionar fracturas señala la Dra. Marci Goolsby, quien forma parte del staff médico del Hospital For Special Surgery de Nueva York, Estados Unidos.

El estrés en los huesos que ocasiona el exceso de ejercicio físico sin el descanso debido, la falta de energía por mala alimentación y por consecuencia la carencia de la menstruación en mujeres, afectan directamente a los huesos y pueden ocasionar fracturas señala la Dra. Marci Goolsby, quien forma parte del staff médico del Hospital For Special Surgery de Nueva York, Estados Unidos.

¿De qué tipo o grado de estrés estamos hablando cuando se producen las lesiones?

El estrés es bueno para los huesos pero cuando es mucho los huesos se debilitan y pueden tener inflamación pudiendo llegar a fractura también.

¿De qué manera es bueno y de qué manera no?

Los huesos siempre están cambiando y necesita de estrés para que se hagan fuertes, especialmente en la adolescencia. Los huesos necesitan ejercicios de impacto para formarse más fuerte. El estrés que se necesita es con ejercicio de impacto que tiene varias direcciones como la que da hacer básquet que es mejor que nadar, al menos en la juventud y adolescencia. Lo que ocurre que cuando esto se da de manera repetitiva sin descanso puede producir herida a los huesos. Por eso debe haber un tiempo prudente de recuperación después del ejercicio.

¿Cuál es la medida que no debe sobrepasar el estrés para que no genere lesión?

Es diferente para cada persona. No hay un nivel marcado pero usualmente recomiendo que necesita de diferentes actividades para prevenir una herida de cualquier tipo. Si una persona está entrenando para una maratón no recomiendo que corran seis veces por semana sin que combine con otro tipo de ejercicio. Recomendaría por ejemplo correr cuatro veces por semana pero combinar con ciclismo y trabajos de fuerza por dos días. Es importante que se tenga diferentes actividades y volúmenes de trabajo.

¿Este tipo de stress puede ocasionar en las mujeres deficiencia menstrual?

Hay algo que se llama triada atlética, que es la interrelación de tres cosas: la menstruación, la energía y los huesos. Una corredora que no está comiendo bien para su nivel de ejercicio, no tiene un balance de estos y eso causa un problema con la disponibilidad de energía y altera el sistema hormonal del cuerpo. Una muestra de eso es perder la menstruación, algunas no tienen y otras la tienen con menos frecuencia. Pero ambos afectan los huesos, una persona tiene riesgo de osteoporosis temprano y fracturas de estrés.

¿Qué se recomienda?

Obtener vitaminas por dieta más que por suplementación. En el caso de la Vitamina D es diferente porque el nivel de vitamina D es afectada por la genética, etnia y el sol. Si el nivel de vitamina D en las personas es bajo eso afecta los huesos también.

¿Es común en su práctica clínica ver esos casos?

Cuando una persona viene con fractura de estrés siempre reviso la muestra de sangre para vitamina D, y siempre indico a mis estudiantes que con una fracturada estrés es importante entender no solo la herida sino saber por qué ocurrió. Se necesita discutir la dieta, menstruación, nivel de entrenamiento, los zapatos, el suelo y el contexto en el que se realiza los ejercicios. Algunas personas por ejemplo necesitan terapia física porque su movimiento biomecánica incide en la formación de heridas también.

¿Las lesiones por estrés asociadas a vitamina D afectan más a hombres o a mujeres?

Cinco veces más a mujeres que a hombres. La explicación aún no se sabe, tal vez hay factores biomecánicas, pero la mayoría de tiempo la causa de este problema es la falta de energía.

La falta de vitamina D es baja en mujeres normalmente y está asociada a muchas cosas…

Acabo de concluir un estudio de vitamina D relacionadas a otras heridas, por ejemplo desgarro de ligamentos y dolor de rodilla, esquince de tobillo y herida aguda. Fue interesante porque la vitamina D, fue baja en las personas no solo tenían fracturas por estrés. Se entiende bien la relación entre la vitamina D y los huesos pero ahora estamos descubriendo y no entendemos porque pero hay relación con vitamina D y dolor en general y herida en músculos.

TECNOLOGÍA MÉDICA

INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO DE MASSACHUSETTS (MIT)

Cápsula libera insulina como alternativa a inyecciones

La cápsula contiene una pequeña aguja hecha de insulina comprimida, que se inyecta después de que la cápsula llega al estómago.

Las famosas inyecciones que las personas con diabetes tipo 2 deben suministrarse cada día, podría tener una alternativa de tratamiento, debido al desarrollo de una cápsula farmacológica que contiene una pequeña aguja hecha de insulina comprimida que se inyecta después que la cápsula llega al estómago.

Un equipo de investigación liderado por el Instituto Tecnológico de Massachusetts (MIT), en Estados Unidos, es quien lleva a cabo esta investigación que su prueba en animales demostró que podían administrar suficiente insulina para reducir el azúcar en la sangre a niveles comparables a los producidos por las inyecciones suministradas a través de la piel.

No solo eso, también demostró que el dispositivo se puede adaptarse para administrar otros fármacos proteicos. "Tenemos muchas esperanzas de que este nuevo tipo de cápsula pueda algún día ayudar a los pacientes diabéticos y quizás a cualquiera que requiera terapias que ahora solo se puedan suministrar mediante inyección o infusión", afirma uno de los autores principales del estudio, Robert Langer, profesor del Instituto Koch y miembro del Instituto Koch de Investigación Integrativa del Cáncer del MIT.

CÓMO FUNCIONA

La punta de la aguja está hecha de casi 100% de insulina liofilizada y comprimida, utilizando el mismo proceso utilizado para formar tabletas de medicamentos. El eje de la aguja, que no entra en la pared del estómago, está hecho de otro material biodegradable.

Dentro de la cápsula, la aguja está unida a un resorte comprimido que se mantiene en su lugar por un disco hecho de azúcar. Cuando se traga la cápsula, el agua en el estómago disuelve el disco de azúcar, liberando el resorte e inyectando la aguja en la pared del estómago.

La pared del estómago no tiene receptores de dolor, por lo que los investigadores creen que los pacientes no podrían sentir la inyección. Para asegurarse de que el medicamento se inyecte en la pared del estómago, los científicos diseñaron su sistema para que, sin importar cómo caiga la cápsula en el estómago, pueda orientarse para que la aguja esté en contacto con el revestimiento del estómago.

LIBERACIÓN EN SANGRE

"Lo que es importante es que tenemos la aguja en contacto con el tejido cuando se inyecta –explica Abramson–. **"Además, si una persona se moviera o el estómago creciera, el dispositivo no se movería de su orientación preferida".** Una vez que la punta de la aguja se inyecta en la pared del estómago, la insulina se disuelve a una velocidad que los científicos pueden controlar a medida que se prepara la cápsula.

En este estudio, costó aproximadamente una hora que toda la insulina se liberara completamente en el torrente sanguíneo. En las pruebas en cerdos, los autores demostraron que podían administrar con éxito hasta 300 microgramos de insulina. Más recientemente, ha podido aumentar la dosis a 5 miligramos, lo que es comparable a la cantidad que un paciente con diabetes tipo 2 necesitaría inyectar.

EsSalud La Libertad con modernos equipos biomédicos

Moderno equipamiento, consistente en dos torres laparoscópicas HD y dos ventiladores mecánicos pediátricos, entregó la Red Asistencial La Libertad de EsSalud al Hospital IV Víctor Lazarte Echegaray.

Además, se entregó dos lámparas de hendidura de oftalmología para diagnóstico de enfermedades degenerativas en adultos mayores y un equipo de esterilización al Hospital de Alta Complejidad Virgen de la Puerta. También, una lámpara de hendidura de oftalmología para el Hospital II Chocope.

El doctor José Luis Carranza Castillo, gerente de la Red Asistencial La Libertad de EsSalud, informó que estos equipos biomédicos de última tecnología están valorizados en 1 millón 626 mil soles. Fueron adquiridos gracias a un convenio específico de cooperación establecido con la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO)

El propósito del convenio específico permite que los estudiantes de la Facultad de Medicina Humana de la UPAO puedan realizar actividades formativas y académicas en la Red Asistencial La Libertad de EsSalud. En tanto, los integrantes de la red liberteña del Seguro Social de Salud podrán participar en actividades académicas de actualización, capacitación, perfeccionamiento e investigación, organizadas por la Facultad de Medicina Humana de esta universidad.

Dentro de los objetivos específicos destacan la participación de ambas instituciones en la formación académica de los estudiantes de pregrado, práctica preprofesional, prácticas profesionales y posgrado para los médicos residentes de UPAO, bajo la modalidad de docencia en servicio, capacitación e investigación, que contribuyan con la formación, adiestramiento y actualización de sus estudiantes y residentes y de los recursos humanos de la Red Asistencial La Libertad.

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
wwww.diariomedico.pe

EVENTOS & PROTAGONISTAS

FOTOS 1, 2, 3 Y 4
144 ANIVERSARIO HOSPITAL 2 DE MAYO

La ministra de Salud, Zulema Tomás Gonzáles, anunció que su sector brindará el apoyo técnico para gestionar la construcción del nuevo Hospital Nacional Dos de Mayo durante la ceremonia de aniversario por los 144 años de vida institucional del emblemático nosocomio del Perú.

FOTOS 5 Y 6
CRP: ACREDITACIÓN JOINT COMMISSION

La Clínica Ricardo Palma logró obtener el Sello de Oro, símbolo de la aprobación de la Joint Commission International por su acreditación en el área de Hospitalización, al demostrar el cumplimiento continuo que refleja su compromiso con los más altos estándares en calidad de atención y seguridad del paciente.

FOTOS 1, 2, 3 Y 4
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE CUMPLE 70

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) celebró su 70 Aniversario Institucional al servicio y cuidado de la salud de las personas. La ceremonia central contó con la participación del Viceministro de Salud Pública, Dr. Neptalí Santillán Ruiz; el Dr. Raúl Nalvarte Tambini, representante de DIRISA de Lima Este; el Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Dr. Luis Miranda Molina; el Presidente del Cuerpo Médico del HNHU, Dr. Víctor Loza Becerra y la Dra. Yudy Roldán Concha.

FOTOS 5 Y 6
DÍA DE TECNÓLOGO MÉDICO

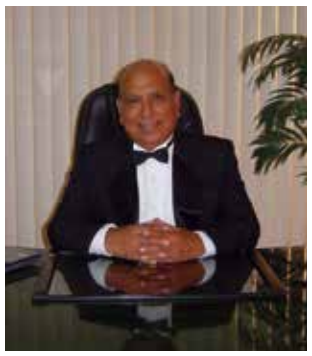
Tecnólogos Médicos, estudiantes y autoridades participaron de una cálida ceremonia con motivo del 'Día del Tecnólogo Médico' en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, evento que contó con la presencia del Director General, doctor Juan Enrique Machicado Zuñiga.

FOTOS 7, 8 Y 9
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE 70 AÑOS

El Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) celebró su 70 Aniversario al servicio y cuidado de la salud de las personas. Participaron de la celebración: Viceministro de Salud Pública, Dr. Neptalí Santillán Ruiz; el Dr. Raúl Nalvarte Tambini, representante de la Dirección de Redes Integradas de Salud de Lima Este; el Director General del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Dr. Luis Miranda Molina; el Presidente del Cuerpo Médico del HNHU, Dr. Víctor Loza Becerra y la Presidenta de la Comisión de Festividades, Yudy Roldán Concha.

DR. TITO FERNÁNDEZ JERÍ

C.M.P 9043
Estudio de Medicina en UNMSM
•Residencia en Cirugía General HospLoayza. Tutor de residentes.
•Clínica Fluminense-Niteroi-Río de Janeiro-Brasil.
•Instituto Científico Brasilero de Cirugía Plástica-Sao Paulo.
•Clínica Beraja Coral Gable Usa.
•Blugerman Schavelzon-Bs Aires.
•Clínica Nacul. Porto Alegre-Brasil



Dr. Tito Fernández Jerí

Cirujano Plástico

WHO IS WHO

"A los 27 años abrí mi primer consultorio estético"

El Dr. Tito Fernández Jerí, es uno de los pioneros de la medicina estética en el país, su emprendimiento lo inició bastante joven y hoy es Director Médico de Centro Internacional de Láser y Células Madre en Medicina Regenerativa, que espera replicar en provincias y fuera del país. Su hijo mayor, le ha seguido los pasos en la medicina estética y será quien le realice su primer arreglo estético para menguar el paso de los años.

¿Cómo encontró la vocación en la medicina estética?

La medicina me apasiona y me permite solucionar problemas que antes no se podían. Creo que la estética y la vena artística me viene por el lado de mi madre que pintaba, porque por otro lado mi padre era más enérgico e hizo que fuese hoy un cirujano cuajado.

¿De no haber seguido la especialidad de cirugía estética hay otra que también le hubiese gustado seguir?

No. Creo que ese fue el camino que se me abrió, me apasioné por la grasa en la que siempre pensé que había algo más, como la extracción de células madres, eso me abrió una perspectiva más grande. No obstante, sigo interesado en los problemas estéticos en tanto hay gente que tiene muy baja la autoestima y quiere sentirse mejor.

¿Existe una cultura de la belleza?

Sí, lamentablemente una cultura de la belleza, entre comillas. Lo que es bello es admirado y lo que no es rechazado. Desde ese punto de vista la estética adquiere características especiales porque al mejorar la imagen corporal o facial permite que esa persona se integre con mayor calidad a su trabajo o entorno.

Usted que admira mucho la belleza estética, ¿ha mejorado su imagen para verse bien?

No, pero en realidad me gustaría hacerlo. Una persona tiene que sentirse bien, infelizmente el paso de los años hace que uno siga envejeciendo y presente flacidez pero hay tecnologías que logran superar esto, entonces, ¿para qué privarse de eso?

¿En algún momento ha estado del lado del paciente?

Todavía no pero lo voy a estar. Porque mi hijo está lo suficientemente entrenado para hacerme algunos arreglos estéticos.

¿Solo se pondría en manos de su hijo quien también es cirujano estético?

No solo de mi hijo pero si es una persona capacitada y encima es mi hijo, con mayor razón.

En el caso de la medicina estética y para adquirir conocimientos en la técnica y número de pacientes se requiere más emprendimiento ¿Cómo ha sido ese camino para usted de crear una clínica de cirugía estética, cómo empezó?

En mi caso específico, no fui yo quien tomó esa decisión, sino familiares cercanos que nos empujaron a entrar en el terreno de la empresa, en la medida de construir algo que sea más grande, con mayores perspectivas y con número de empleados e innovación. En el terreno de la medicina lo más importante es la innovación, sin eso nada avanza.

¿Recuerda cómo fue y a qué edad?

Empecé como a los 27 años cuando puse un consultorio estético y me interesé por todo este mundo.

¿Tuvo que aprender de gestión para dirigir la clínica y hacerla crecer?

No, felizmente tengo un hijo que es administrador de empresas y otro hijo estudio economía y regreso al terreno de la medicina. Además tengo un hijo abogado con una visión muy especial de la parte corporativa. Entonces tengo el marco de soporte para la empresa. Tengo tres hijos y todos hombres.

Solamente uno se interesó por la medicina…

Dos pero uno no culminó y se dedicó a la administración. A veces los padres pretendemos imponer vocaciones que no surgen. El mayor es el que se ha dedicado a la medicina estética.

¿Sus hijos o algún familiar se han puesto en sus manos para mejorar su imagen física?

No, pero mi madre santa que está en el cielo quiso que yo la opere del rostro y mi hermana nunca me lo comunicó. Eso para mí hubiese sido un honor. Pero cumplí esa aspiración operando a mi tía, hermana de mi mamá, que me lo requirió. La operé como si fuera mi madre. Esa ha sido una satisfacción.

¿Se encuentra satisfecho con lo que ha conseguido hasta ahora o tiene alguna deuda pendiente?

La satisfacción me parece un estado de quietud y el hombre por naturaleza debe ser insatisfecho. El hombre no debe cansarse de estar innovando.

¿La gente le tiene miedo al envejecimiento?

Hay una cultura de la juventud mal estructurada por los medios. Te insultan a veces en la calle con una palabra soez acompañado de la palabra viejo. Como si los jóvenes nunca van a llegar a ser mayores, o como si no tuvieran un padre. La medicina estética no es en función de eso, sino de sentirse bien con uno mismo. Desde el punto de vista de satisfacción personal es bueno. Y además es rápido y solucionable.

¿En su clínica se atienden más mujeres u hombres?

Hay una creciente demanda de hombres. Es que antes no encontraban solución a determinado tipo de problema como por ejemplo la calvicie precoz, que en una persona joven la envejece. Un tratamiento con células madre le devuelves el cabello sin hacer el trasplante que es más engorrosa y de un tiempo más largo y lento.

¿Cuántas veces viaja?

Viajo cinco veces al año para capacitarme. Conozco casi todo el mundo. Siempre busco agendas de congresos donde hay innovación, indago, y viajo para unirme a los que hacen estos avances e innovación en la medicina estética y de células madre.

¿Cómo se ve en diez años?

Innovando, para eso hay que salir permanentemente y aprender de gente que tiene mucha solvencia en los distintos temas.

"UNA PERSONA TIENE QUE SENTIRSE BIEN, INFELIZMENTE EL PASO DE LOS AÑOS HACE QUE UNO SIGA ENVEJECIENDO Y PRESENTE FLACIDEZ PERO HAY TECNOLOGÍAS QUE LOGRAN SUPERAR ESTO, ENTONCES, ¿PARA QUÉ PRIVARSE DE ESO? "

POSGRADO
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

MAESTRÍAS

- Educación Superior con Mención en Docencia e Investigación Universitaria / **23 de marzo**
- Epidemiología Clínica y Bioestadística / **26 de abril**
- Seguridad y Salud en el Trabajo / **10 de mayo**
- Alta Gerencia de Servicios de Salud / **18 de mayo**
- Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente / **24 de mayo**
- Ergonomía Laboral / **14 de junio**

DIPLOMADOS

- Calificación de la Invalidez e Incapacidad Laboral / **29 de marzo**
- Auditoría Médica / **26 de abril**
- Epidemiología Clínica / **26 de abril**
- Gerencia de Servicios de Salud / **04 de mayo**
- Calidad en Salud y Seguridad del Paciente / **25 de mayo**
- Ecografía General / **25 de mayo**

Escanee el código QR para más información

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

informesposgrado@cientifica.edu.pe
Calle Cantuarias 398, Miraflores

UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR