Diario Médico

WWW.DIARIOMEDICO.PE

INFORMACIÓN Y NOTICIAS PARA LA INDUSTRIA MÉDICA Y SANITARIA

WWWW.DIARIOMEDICO.PE | AÑO VIII - NÚMERO 079 | EDICIÓN SETIEMBRE 2019 | EDITADO POR GRUPO ENFOQUE ECONÓMICO

MARGARITA PÉREZ SILVA, DECANA NACIONAL DEL COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

"Cada vez sacan más normas en la que nos excluyen"

Sumario:

ONCOLOGÍA:

Cánceres de jóvenes se ha cuadruplicado en el país

El cáncer de testículo como de pene se ha cuadruplicado en los últimos seis años, siendo el grupo de riesgo jóvenes de 20 a 40 años en el de testículo, en el que además una biopsia puede diseminar el cáncer. El Dr. José Medina, Urólogo Oncólogo de la Liga Contra el Cáncer nos explica el tema.

DERMATOLOGÍA

"ES FACTIBLE LA DESAPARICIÓN DE LESIONES EN VITÍLIGO Y PSORIASIS"

La Dra. Jenny Vargas, despeja dudas acerca del láser excimer y de las alternativas de terapia que hay para este grupo de pacientes.

ACTUALIDAD:

HAY S/1811 MILLONES PARA PROYECTOS EN EL CUSCO

Para poner en operatividad el Hospital Antonio Lorena, la ministra de Salud y el Gobernador Regional del Cusco, suscribieron el convenio de colaboración interinstitucional

CARDIOLOGÍA:

ENFERMEDAD CARDÍACA NO OBSTRUCTIVA: ¿CÓMO ABORDARLA?

Entrevista al experto del hospital CLEVELAND CLINIC, número uno en cardiología de los Estados Unidos, el Dr. Conrad Simpferdorfer.

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

USIL ESCUELA DE POSTGRADO

DOCTORADO EN NUTRICIÓN Y ALIMENTOS

Este programa está elaborado sobre la base de la amplia experiencia de profesionales en nutrición y alimentos, surge del convencimiento de que todo profesional altamente especializado en las ciencias de los alimentos y la nutrición debe saber cómo analizar, criticar y generar nuevos conocimientos a través de la aplicación de las herramientas de la investigación.

INICIO: 4 DE NOVIEMBRE

¿Por qué estudiar en la Escuela de Postgrado USIL?

- MODALIDAD PRESENCIAL
- MÉTODO DEL CASO
- VISIÓN GLOBAL
- HORARIO EJECUTIVO
- DOCENTES ESPECIALIZADOS

Martes y Jueves

6:10 p. m. a 10:40 p. m.

USIL La Molina - Campus 2
(Gran Almirante Miguel Grau)

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE NEGOCIOS DE NUTRICIÓN

Este programa ofrece a los profesionales de la nutrición y carreras afines una especialización en gestión aplicada a negocios de la alimentación y la salud, así como herramientas de liderazgo y dirección de personas para ofrecer soluciones óptimas en el sector.

INICIO: 5 DE NOVIEMBRE

¿QUÉ OFRECEMOS?

- Formación en innovación, emprendimiento y finanzas.
- Capacitación en bioquímica, biocomercio y tecnología
- Aprendizaje en marketing, legislación y seguridad
- Tutorías personalizadas.
- Bolsa de empleo.

INFORMES:

Escuela de Postgrado de la Universidad San Ignacio de Loyola (av. La Fontana 750, La Molina)
518 33 33
informes.epg@usil.edu.pe

epg.usil.edu.pe

UNIVERSIDAD SAN IGNACIO DE LOYOLA

IFM Educational Partner

CURSO INTERNACIONAL DE MEDICINA FUNCIONAL

AFMCP™

APPLYING **FUNCTIONAL MEDICINE** IN CLINICAL PRACTICE

APLICANDO MEDICINA FUNCIONAL A LA PRÁCTICA CLÍNICA

Partner Perú - LATAM

Del 18 AL 22 Noviembre 2019

Destacados EXPOSITORES INTERNACIONALES

Dr. Patrick Hanaway

Director de Investigación en Cleveland Clinic Center for Functional Medicine.

Dra. Shilpa Saxena

Catedrática de Medicina Funcional en el IFM (EE. UU.) y en la Academy of Integrative & Holistic Medicine (EE. UU.).

Dr. Vincent Pedre

Director Médico del Pedre Integrative Health (EE. UU.) y fundador de Dr. Pedre Wellness (EE. UU.). Autor del libro "Happy Gut".

Monique Class, Ms.

Enfermera clínica especialista en salud holística y educación del bienestar en The Center for Women's Health (EE. UU.).

Dra. Kristi Hughes

Fundadora del Center of Natural Healing Arts (EE. UU.).

Dr. Dan Lukaczer

Doctor en Medicina Naturopática y anterior Director de Investigación Clínica en el Metagenics' Functional Medicine Research Center. Director de Educación Médica del Institute for Functional Medicine (EE. UU.).

Médicos certificados por el IFM.

INFORMES

afmcp.usil.edu.pe | afmcp@usil.edu.pe

518 33 33

LUGAR: Universidad San Ignacio de Loyola (av. La Fontana 550, La Molina, Lima, Perú)

/groups/afmcpperu

ACTUALIDAD

Hay S/1811 millones para proyectos en el Cusco

El Gobierno cumple el compromiso de destrabar este nosocomio que al término de su edificación beneficiará a más de 400 mil cusqueños. Cusco tiene una cartera de proyectos de inversión por un monto de 1811 millones de soles.

Para poner en operatividad el Hospital Antonio Lorena, la ministra de Salud, Zulema Tomás Gonzáles, y el Gobernador Regional del Cusco, Jean Paul Benavente, suscribieron el convenio de colaboración interinstitucional que permitirá culminar las obras y equipamiento de este nosocomio bajo el mecanismo de contrato de Estado a Estado y que beneficiará a más de 400 mil cusqueños.

"Hoy, al priorizar este proyecto, suscribimos un convenio que demuestra que el Estado cumple con el compromiso de destrabar y poner en operatividad este nosocomio", afirmó la titular de Salud

Añadió que la modalidad del referido contrato garantiza la transparencia, celeridad y se evita la corrupción, ya que además se tendrá la supervisión de la Contraloría y otras instancias de fiscalización.

Se informó que en setiembre se realizarían las invitaciones a los gobiernos que tengan interés de participar en el proceso de construcción y antes de fin de año se emitiría el Decreto Supremo donde se incluirá el cronograma y plazos que deberán cumplirse estrictamente.

De otro lado, el Gobernador Regional del Cusco, Jean Paul Benavente, destacó esta suscripción y anunció que en febrero del 2021 se estaría culminando la obra. En tanto, dijo que los hospitales San Antonio y Túpac Amaru tendrán servicios especializados y servirán como anexos del Hospital Antonio Lorena.

Cabe mencionar al culminar la ejecución de la obra el hospital contará con 42 consultorios médicos, cinco salas de operaciones, tres salas de partos y 314 camas hospitalarias. Además, brindará servicios especializados de hemodiálisis, oncología y medicina nuclear, y contará con equipos médicos de última generación como: angiógrafo, resonador magnético, tomógrafo, mamógrafo, entre otros.

NUEVOS PROYECTOS PARA CUSCO

De otro lado, la titular de salud informó que en el Cusco se tiene una cartera de proyectos de inversión por un monto de 1811 millones de soles, destacando la construcción del hospital de Quillabamba, de los centros de salud de Machu Picchu y de Ttio y el próximo inicio de los hospitales de Espinar, Pichari y de tres establecimientos de salud en Chumbivilcas, así como un proyecto de telemedicina en la misma provincia.

Además, próximamente, se entregarán cinco nuevos establecimientos de salud (San Antonio, Quince Mil, Kcauri, El Descanso y Challabamba). Para los establecimientos por culminar en el año 2019 y 2020, el Minsa transferirá recursos para su operación y puesta en funcionamiento. Asimismo, para el caso del nuevo hospital regional del Cusco se prestará la asistencia técnica para el desarrollo de este megaproyecto.

Dijo también que el Minsa ha destrabado 15 hospitales a nivel nacional y seguirá recorriendo todos los rincones del país para llevar obras de salud hacia donde antes no llegó el Estado.

La ministra de Salud, Zulema Tomás, informó que en el marco de la humanización de la salud se está trabajando en fortalecer el buen trato al paciente. Incluso mencionó que se viene salvando muchas vidas. **"Este año hemos realizado más de 25 millones de atenciones y más de 500 mil cirugías, además de trasplantes de órganos, que antes no se hacían fácilmente"**

Minsa construirá dos hospitales para Madre de Dios

Establecimientos de salud Santa Rosa y San Martín de Porres beneficiarán a más de 150 mil habitantes. La inversión en ambos es de S/. 367 millones

La ministra de Salud, Zulema Tomás Gonzáles, anunció que en el marco de los lineamientos del Estado en promover el desarrollo social y bienestar de la población, se aprobó casi 370 millones de soles para la edificación de los nuevos hospitales Santa Rosa y San Martín de Porres que beneficiarán a más de 150 mil habitantes de Madre de Dios.

"El Gobierno aprobó un presupuesto de 299 millones de soles para la construcción del nuevo Hospital Santa Rosa y 68 millones para el establecimiento San Martín de Porres de Puerto Maldonado. Aún se encuentran culminando el expediente técnico de ambos nosocomios y las obras iniciarán en el 2020", dijo la titular del Ministerio de Salud (Minsa).

Dicho anuncio lo hizo durante la ceremonia de reconocimiento al personal de salud de Madre de Dios por haber superado en más del 95% la meta del Barrido de Vacunación contra el sarampión , rubeola y poliomelitis.

Al respecto, la ministra de Salud, Zulema Tomás, dijo **"expreso mi reconocimiento especial al personal de salud de la región Madre de Dios por su compromiso e incansable labor que permitió superar la meta del Barrido de Vacunación".**

Añadió que en la región se necesita aumentar el recurso humano para garantizar un mejor servicio a la ciudadanía y se está haciendo gestiones para cerrar brechas de personal.

S/700 MILLONES PARA NUEVO HOSPITAL SERGIO BERNALES

El Ministerio de Salud señaló que el nuevo hospital tendrá la categoría III-1, es decir, será de más alta complejidad para brindar servicios especializados a los ciudadanos de Lima Norte.

El Ministerio de Salud (Minsa) anunció que invertirá más de 700 millones de soles en la construcción del nuevo hospital Sergio Bernales, en la zona de Collique (Comas), los que beneficiará a los ciudadanos que viven en los distritos de Lima Norte.

"La futura construcción del nuevo Hospital Sergio E. Bernales tendrá la categoría III-1, es decir, será de más alta complejidad para brindar servicios especializados a la población", expresó el viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud del Minsa, Alfredo Broggi, durante la ceremonia por los 79 años de vida institucional de dicho hospital.

El Ministerio de Salud indicó que recientemente otorgó la viabilidad al proyecto de mejoramiento y ampliación de los servicios del hospital, que se efectuará en un área de más de 56 mil metros cuadrados.

También precisó que el nuevo establecimiento de salud contará con 700 camas y equipamiento moderno, además tendrá un plan de contingencia para seguir brindando los servicios médicos mientras se ejecuta la construcción de la obra.

"Esto es una demostración de que el Minsa ha cambiado. Por eso, seamos solidarios, transparentes, tengamos las manos limpias, trabajemos con honestidad, que la mejor satisfacción es recibir a un paciente y recibir las gracias por la atención brindada", destacó el viceministro Broggi Angulo.

Actualmente, el Hospital Sergio E. Bernales continúa mejorando sus servicios, a través de la ampliación de las áreas de hospitalización, consulta externa y emergencia. Además, cuenta con emergencia pediátrica, Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Shocktrauma, servicio de emergencias y desastres, y una farmacia para el departamento de emergencia, entre otros servicios.

Durante la ceremonia de aniversario estuvieron presentes el director del hospital, Julio Silva Ramos; y el director de la Dirección de Redes Integradas de Salud (DIRIS) Lima Norte, Claudio Ramírez Atencio, así como pacientes, personal del hospital y público en general.

NUEVO HOSPITAL DE JAÉN ENTRARÁ EN FUNCIONES

A fines de este año empezará a funcionar progresivamente el nuevo Hospital de Jaén en la región Cajamarca que beneficiará a más de 370 mil habitantes y en el 2020 se iniciará la construcción del Hospital de Bambamarca, anunció la ministra de Salud, Zulema Tomás Gonzáles, durante una visita realizada como parte del proceso de recepción de este nosocomio para su próxima entrada en funcionamiento.

También agregó que el nuevo hospital de Jaén de cuatro pisos, construido en un terreno de más de 21 mil m2 está a cargo del Gobierno Regional de Cajamarca y ya está 100% culminado .

"Este moderno nosocomio contará con 130 camas de hospitalización en varias especialidades, 23 camas de observación, 27 consultorios médicos, 15 consultorios no médicos, 4 salas de operaciones, 2 salas de partos, ventiladores mecánicos, equipos de diagnóstico como tomógrafo, mamógrafo, Arco en C, ecógrafos, rayos X, entre otros más" indicó la ministra.

Cánceres de jóvenes se ha cuadruplicado en el país

El cáncer de testículo como de pene se ha cuadruplicado en los últimos seis años, siendo el grupo de riesgo jóvenes de 20 a 40 años en el de testículo, en el que además una biopsia puede diseminar el cáncer. El Dr. José Medina, Urólogo Oncólogo de la Liga Contra el Cáncer nos explica el tema.

¿Cuánto y por qué ha aumentado la cifras de cáncer testicular?

Entre los dos cánceres, tanto de testículo como pene en el 2012 la estadística era de 300 casos, hasta el 2018 ha subido a 1100 casos. La explicación es que hubo un aumento de la sobrevida por lo tanto hay más probabilidad de que las personas hagamos cáncer en algún momento. Como segundo lugar está la detección, ahora se detecta tumores en etapas más tempranas por lo que aumenta el número de casos detectados anualmente, tercer lugar está la tecnología, en el 2012 no teníamos un registro adecuado de los casos que aparecían en los distintos hospitales y las clínicas pero ahora con la tecnología tenemos más facilidad para un registro más preciso de los casos.

DR. JOSÉ MEDINA, URÓLOGO ONCÓLOGO DE LA LIGA CONTRA EL CÁNCER.

¿Ha crecido en incidencia pero cómo está la mortalidad?

La mortalidad mantiene en los casos que es cáncer de testículo, anualmente en el 2012 se consideran 180 casos que fallecen por este tipo de cáncer. En el 2018 al haber un incremento de casos también se ha incrementado las muertes estamos hablando de 300 casos aproximadamente.

¿Esto obedece a que no hay estrategia terapéuticas adecuadas, cómo está el abordaje de este tipo de cáncer?

Los tratamientos van cambiando y mejoran la sobrevida del paciente incluso a curarlos. Incluso en los estados avanzados vivir más tiempo con un avance lento de la enfermedad.

¿Por qué el cáncer de testículo apunta a un público joven de 20 a 40 años?

En cáncer de próstata se detecta con más frecuencia a partir de los 55 años, el de riñón más frecuente a los 60 años y el cáncer de testículos entre los 20 y 40 años. Sí puede haber un cáncer de testículo a los 50 años pero en la mayor cantidad de personas que tienen este tipo de cánceres se ve en este grupo de personas jóvenes.

"ENTRE LOS DOS CÁNCERES, TANTO DE TESTÍCULO COMO PENE EN EL 2012 LA ESTADÍSTICA ERA DE 300 CASOS, HASTA EL 2018 HA SUBIDO A 1100 CASOS."

¿El cáncer de pene tiene una forma de expresión física pero en testículo cómo se presenta?

El cáncer de pene a veces puede prestarse a confusión de otra patología y por eso hay pacientes que no acuden a un médico para curarse. Hay quienes piensan que es una ETS (enfermedad de transmisión sexual) y no acuden al médico, o ven una zona rosa y ellos creen que es solo una inflamación y sin embargo es un tipo de cáncer diferente. En testículo también suele confundirse, pueden encontrarse zonas duras o aumentadas de tamaño que una persona sin conocimiento puede considerar que es normal o solo se debe a una inflamación sin embargo se debe a un cáncer. Por eso frente a una anormalidad se acudir al especialista.

¿Cuál es la prueba de detección de cáncer en el testículo?

La prueba fiable es el examen físico en el que se detecta el 90% de los cánceres pero también se puede ayudar con una ecografía que es muy sensible y específica. No se biopsia el cáncer de testículo. En este tipo primero se opera y después se sabe qué tipo es con exactitud. En caso de pene si se puede biopsiar porque es una lesión elevada que protruye y podemos colocar anestesia y tener un resultado más preciso.

¿Por qué no se biopsia?

Porque como tenemos que atravesar la piel y todas las capas que hay hasta llegar al testículo en su parte más profunda. Toda esa zona por donde va salir la biopsia, si es un cáncer se contamina y esa células tumorales se quedan pegadas en todas las capas de la piel del escroto y entonces el cáncer se disemina, es un cáncer que se disemina al biopsiar por eso no lo biopsiamos.

¿Hay una mortalidad por el tipo de estadio?

En el estadio del cáncer de testículo son tres. En el uno la mortalidad es de 5% en cinco años, en el dos la mortalidad en cinco años es de 10%, y en el tres la mortalidad en cinco años puede ser de 40%. En los tres estadios se requiere cirugía y es la primera opción. Cuando no se puede operar es preocupante y en una etapa muy avanzada.

ALMENARA: RÉCORD DE 9 TRASPLANTES

En una maratónica jornada quirúrgica, especialistas del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen del Seguro Social de Salud (EsSalud) realizaron, en sólo 6 días, 9 exitosos trasplantes a pacientes que recibieron diversos órganos, donados generosamente por familiares de pacientes fallecidos en Trujillo, Huancayo y Lima.

Cerca de 50 profesionales del Departamento de Trasplantes del hospital Almenara, liderado por el doctor José Carlos Chaman Ortiz, participaron en los operativos y realizaron tres trasplantes de hígado; cuatro de riñón y un trasplante duplo: páncreas-riñón.

Los pacientes trasplantados, todos varones y en su mayoría adultos mayores, vienen recuperándose satisfactoriamente y permanecen internados bajo los cuidados médicos necesarios a fin de garantizar su pronta evolución y alta respectiva. Los trasplantes se realizaron entre el 23 y 28 de agosto, gracias a tres donantes adultos procedentes de Trujillo, Huancayo y Lima, cuyos familiares, en medio de su dolor, no dudaron en desprenderse de los órganos de sus seres queridos para salvar vidas.

El hospital Almenara es pionero y primer centro de trasplantes a nivel nacional. Del 2005 a la fecha, realizó cerca de 900 trasplantes. De estas intervenciones, 288 fueron trasplantes de hígado; 549 de riñón; 12 trasplantes duplos de riñón-hígado; 7 trasplantes combinados de páncreas-riñón y 20 de pulmón. EsSalud promueve una campaña a nivel nacional que busca captar más donantes de órganos y tejidos que permitan realizar más trasplantes y salvar la vida de personas.

HMA: DONACIÓN DEL GOBIERNO DE EEUU

La atención neonatal del Hospital María Auxiliadora del Ministerio de Salud (Minsa) se fortalecerá con un importante donativo del Gobierno y la Embajada de los Estados Unidos, beneficiando a la población de la zona sur de Lima.

La donación al servicio de Neonatología de dicho establecimiento de salud consiste en 35 cunas acrílicas, 50 sillas de plástico, 120 frascos de vidrio, tres frigobares, una refrigeradora y otros insumos, en total la ayuda asciende a 14 000 dólares.

El 50% de los nacimientos que se registran en el Hospital María Auxiliadora son por cesárea, la demanda en este hospital ha crecido de manera significativa, sin embargo, el compromiso del personal de salud es brindar atención de calidad, con el firme propósito de reducir la mortalidad materno neonatal.

Denison Offutt, Ministro Consejero Encargado de la Embajada de los EEUU destacó el trabajo invaluable que cumple el personal de salud y anunció que se ha otorgado, a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), financiamiento para la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas.

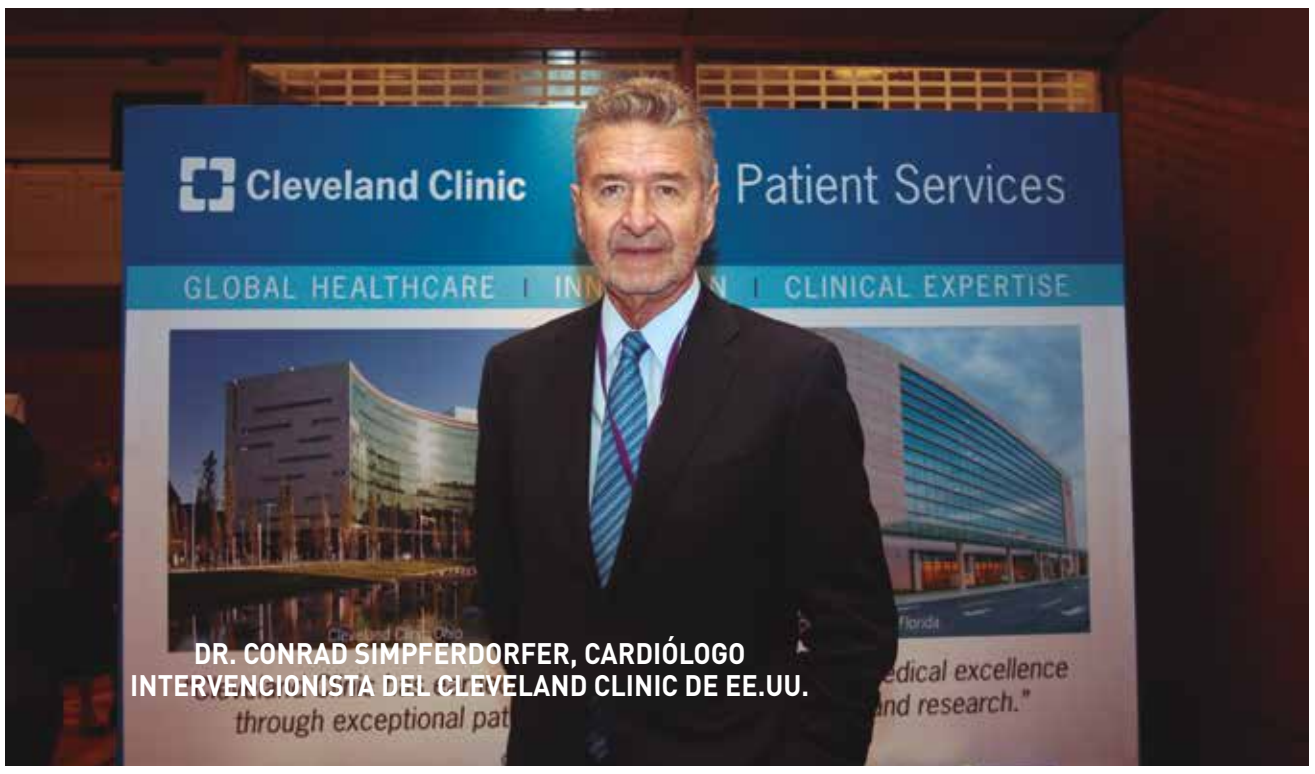
Asimismo, el Gobierno de los EEUU hizo un importante donativo de medicamentos antirretrovirales valorizados en 330 mil dólares, para el tratamiento de las personas con VIH en el hospital María Auxiliadora. La ayuda forma parte del compromiso de este país con las poblaciones migrantes desplazadas que se encuentran en el Perú.

CARDIOLOGÍA

DR. CONRAD SIMPFERDORFER, CARDIÓLOGO INTERVENCIONISTA DEL CLEVELAND CLINIC DE EE.UU.

Enfermedad cardíaca no obstructiva: ¿Cómo abordarla?

Menos del 10% de los pacientes que sufren de un infarto no tienen ninguna obstrucción cardíaca. La respuesta a este infarto pueden ser muchas, desde el síndrome de corazón roto hasta un coágulo nos explica el experto del hospital número uno en cardiología de los Estados Unidos, el Dr. Conrad Simpferdorfer.



DR. CONRAD SIMPFERDORFER, CARDIÓLOGO INTERVENCIONISTA DEL CLEVELAND CLINIC DE EE.UU.

Normalmente las enfermedades coronarias se dan por obstrucción de las arterias, ¿cómo es que se explica una enfermedad coronaria cuando es no obstructiva?

Es el grupo de pacientes que tiene infarto, angina y no se le encuentra enfermedad obstructiva. Esto se debe a la capacidad de las arterias de contraerse o de producir un coágulo y cuando uno va mirar la arteria, el coágulo se fue, la arteria se ha dilatado y se ve normal. Entonces hay que buscar las causas de por qué ocurrió esto.

¿En qué casos ocurre?

En general en casos de infarto en menos del 10%, porque en el 90 % se encuentra una placa de colesterol que tapó la arteria. En este 10% las posibilidades que un coágulo que vino de otro lado y tapó la arteria, también puede ser una disección de la arteria, es decir, la pared se rajo y tapo la atería. Hay unas condiciones que hacen al paciente más predispuesto a eso. Hay otros que son espasmo de la arteria y otro que se llama infarto por estrés, en la mujer que enviuda o tienen una relación emocional muy intensa, son mujeres de tipo 65 años que cuando vas a ver las arterias estas están abiertas. Estos pacientes se recuperan bastante bien. Así hay distintas causas.

¿Es difícil predecir una causa para este 10% de pacientes?

Normalmente son diagnósticos que se hacen por exclusión una vez que el paciente ya se presentó con un infarto y uno le hace el angiograma y ve que no tiene obstrucciones.

Cuándo hay obstrucción hay que abrir la arteria pero ¿en estos casos cómo se procede?

Hay que recuperar el daño que se produjo en el músculo. Siempre hay un daño, uno lo mide por la medición en la sangre de las encimas miocárdicas, mientras más alta significa que más células miocárdicas murieron, más bajo menor el infarto. Uno puede verlo también con un eco cardiograma, para ver que parte del músculo cardíaco quedó dañado y a los dos meses cuanto es que se recuperó. Hay unos que se recuperan casi bien, otros no. Una vez que tienes encimas positivas es que hubo un daño de alguna magnitud.

¿Puede volver a presentarse?

Sí, por eso lo más impórtate es encontrar la causa para prevenir un segundo evento. Por ejemplo si fue un coágulo que se desarrolló porque el paciente tuvo una fibrilación articular, hay que documentar eso y tomar las medidas para que no ocurra la fibrilación de nuevo.

¿En qué casos hay recurrencia?

Hay un 10% a 15% en caso de las mujeres jóvenes que la arteria se disecó y se rompió. Se asocia a otras enfermedades en otras arterias. Las enfermedad sin obstrucción hay una predominancia en mujeres pero no es significativo, pero siempre en población adulta. El infarto por estrés o corazón roto es en mujeres de 60 años, las disecciones en mujeres jóvenes. Por la edad y el sexo del paciente uno tiene una idea de dónde ir a buscar la causa.

¿En este infarto por estrés cual es la prevalencia?

Son raros. De todos los infartos será un 2%, llega la mujer con infarto agudo y ves que el músculo está dañado o atontado por lo menos. Le haces el cateterismo viendo si vas a abrir una arteria y se nota todo abierto, entonces haces el diagnóstico que tiene un nombre japonés Takotsubo porque fue el que lo describió pero también sabes que ese tipo de infarto recupera bien porque el músculo no se dañó permanentemente, solo se atontó.

¿Enfermedad cardíaca no obstructiva por su baja prevalencia es difícil su abordaje?

Te diría que al menos un 30% de todos estos terminan sin un diagnóstico o causa y es un poco frustrante porque el paciente te dice qué hago para evitar y bueno tú das los tratamientos preventivos normales de aspirinas y estatinas.

¿En qué casos es importante la revascularización?

En el 90% de los infartos que son por obstrucción o arteriosclerótica, a los que se ponen el stend y restablecer la circulación en un tiempo más corto posible. La intención es detener el daño y darla la oportunidad del paciente. Si lo haces en los primeros noventa minutos vas a lograr una recuperación del músculo mucho mayor de si el paciente llega en tres o cuatro horas. El tratamiento ideal que, a veces la logística no lo permite, es revascularizar a ese paciente con stend dentro de los primeros noventa minutos. La calidad del servicio del hospital se mide dependiendo de cuál es tu promedio de tiempo más corto. El de nosotros es 43 minutos e este momento. Las guías dicen 90 minutos, nosotros abrimos las arterias en 43.

¿Cuál es el flujo de pacientes en el Cleveland?

En cirugía hacemos más de 5 mil al año, en intervenciones coronarias son entre 2 mil y 2.500.

¿En otros sistemas que porcentajes manejan de tiempo en abrir las arterias?

Ciudades grandes como Ciudad de México, Lima o Buenos Aires, tienen la dificultad del traslado al hospital donde hay la capacidad para hacerle el procedimiento, el tráfico o la lejanía hace que te tomes una hora en llegar. A ese paciente se le pone un trombolítico para que disuelva el coágulo y así tenga más tempo. Se le llama terapia fármaco invasiva que es la alternativa en muchos países de Latinoamérica.

La revascularización de pacientes con enfermedad renal es más compleja, ¿cómo abordar?

Es un grupo de pacientes que gran parte de ellos son diabéticos por eso han desarrollado enfermedad renal y las arterias tienden a tener enfermedad que se llama difusa porque no son una o dos sino en casi todas las arterias, son pacientes de más riesgo porque tienen más enfermedad y complicada, al que se le suma que la función del riñón no es normal, tenemos que tener cuidado en los estudios para no darle medios de contraste y echarle a perder más la función. Es un grupo difícil de manejar con resultados con cualquier tipo de medicamentos que no son tan buenos como el paciente no renal.

¿El procedimiento que hacen para revascularizar siempre es exitoso en este grupo?

Si el riesgo quirúrgico de hacer una cirugía bypass es un 1% o 2%, el paciente renal es el 4%. Los tratamientos son exitosos pero se paga un precio más alto. La revascularización va depender de la anatomía del paciente. En líneas generales los resultados de los pacientes son mejores con cirugía by pass porque tienen muchas obstrucciones. Poner stend tendría que ser muchas.

¿Cuál es la supervivencia de estos pacientes?

Va depender no solo de la enfermedad de corazón sino de la enfermedad renal. Si bien que la principal causa de muerte en el paciente renal sigue siendo cardíaca. Va depender de las otras comorbilidades.

"EN CIRUGÍA HACEMOS MÁS DE 5 MIL AL AÑO, EN INTERVENCIONES CORONARIAS SON ENTRE 2 MIL Y 2.500."

"EL INFARTO POR ESTRÉS O CORAZÓN ROTO ES EN MUJERES DE 60 AÑOS, LAS DISECCIONES EN MUJERES JÓVENES. POR LA EDAD Y EL SEXO DEL PACIENTE UNO TIENE UNA IDEA DE DÓNDE IR A BUSCAR LA CAUSA."

Nuevo Hospital Regional de Ayacucho demandó S/ 460 mill.

MINSA destacó inversión de más de 460 millones de soles, equipos de última tecnología disponibles y personal de salud especializado en el nuevo Hospital Regional "Miguel Ángel Mariscal Llerena" de Ayacucho

"Ayacucho tiene un hospital con moderna infraestructura, con equipamiento de última generación y personal comprometido. Con esto vamos a beneficiar a más de 65 mil pobladores de Huamanga y de otras zonas de esta región", afirmó la ministra de Salud, Zulema Tomás, tras visitar el nuevo Hospital Regional **"Miguel Ángel Mariscal Llerena"**, que hace pocos días inició su funcionamiento en favor de la salud de los ayacuchanos.

El nosocomio dispone de seis salas de operaciones para realizar cirugías especializadas de alto nivel, tres salas de parto y 200 camas hospitalarias, 20 camas para observación de pacientes y otras 26 para la Unidad de Cuidados Intensivos, así como un centro de hemodiálisis totalmente equipado, en tanto se ha previsto que el próximo mes de septiembre estarán operativas las salas de hospitalización.

Luego de recorrer, entre otros modernos ambientes, el área de rehabilitación del reciente nosocomio, la titular del sector Salud expresó su satisfacción por el equipamiento, como por ejemplo una camilla de bipedestación para niños, única en su tipo en nuestro país, que permite atender a pacientes con problemas neurológicos.

En la construcción del hospital se han invertido más de 460 millones de soles, siendo así uno de los más modernos del Perú, cuya finalidad es garantizar el derecho a la salud de la población ayacuchana, cumpliendo con los lineamientos del Gobierno del presidente Martín Vizcarra de promover el desarrollo social y bienestar de los peruanos.

La doctora Tomás Gonzáles resaltó que médicos oncólogos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, patólogos, endocrinólogos de Lima han llegado para fortalecer los servicios del hospital. **"Todos los profesionales de la salud que laboran en dicho establecimiento serán capacitados y harán investigación con el equipamiento moderno"**, indicó.

En otro momento, la titular del Minsa afirmó que, en el marco de la descentralización de nuestro país, el Gobierno ha transferido presupuesto a los gobiernos regionales para que lo administren y operativicen el sector Salud.

Al respecto, el decano del Colegio Médico de Ayacucho, doctor Juan Rondinelli; y la decana del Colegio de Enfermeras de esta misma región, licenciada Rosa Muñoz Pizarro, expresaron su respaldo a la implementación del nosocomio y al traslado de los profesionales a los cuales representan, resaltando que la mayoría de sus agremiados tiene la predisposición de trabajar en ambientes modernos, con equipos de primera que garanticen mejor atención a la población.

En la ceremonia participó el alcalde del distrito de Andrés Avelino Cáceres, Alcides Ñaña Luján; el director regional de Salud, doctor Walter Bedriñana, autoridades locales y la población vecina.

"LA CARTERA DE SERVICIOS INCLUYE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS (UCI) PARA ADULTOS, QUEMADOS Y NIÑOS, ASÍ COMO UN CENTRO DE HEMODIÁLISIS CON 8 EQUIPOS QUE FUNCIONARÁ EN TRES TURNOS LAS 24 HORAS DEL DÍA."

MODERNIDAD EN SALUD

El hospital Regional de nivel III-1, en su primer mes de funcionamiento (agosto) está atendiendo en los consultorios de pediatría, medicina física y rehabilitación, cardiología, reumatología, neumología y medicina interna, oncología, nefrología, endocrinología, psiquiatría y psicología, y se seguirá implementando progresivamente más áreas.

Este nosocomio, una vez culminado su traslado, tendrá 38 consultorios externos que garanticen la atención a niños y adultos, y áreas de apoyo al diagnóstico. La cartera de servicios incluye la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para adultos, quemados y niños, así como un centro de hemodiálisis con 8 equipos que funcionará en tres turnos las 24 horas del día.

Además, cuenta con equipos de última tecnología, como angiógrafo, resonancia magnética, tomógrafo, mamógrafo, excimer láser para cirugías de ojos, litotriptor para eliminar cálculos renales, rayos X, una máquina de circulación extracorpórea, que posibilita delicadas operaciones al corazón, entre otros sistemas.

OPINIÓN:

Por: LUIS ÁLVAREZ
Gerente de Servicios
Emp. de Ricoh Perú

La digitalización de Historias Clínicas y sus beneficios en la industria médica

En los últimos años, el sector de la Salud se ha transformado a un ritmo acelerado, generando un alto nivel de complejidad para los centros médicos al momento de conservar la seguridad de los datos de sus pacientes, por ello es fundamental que las organizaciones médicas estén preparadas para enfrentar una nueva realidad que requiere mayor eficiencia y agilidad, en los procesos de salud mientras se potencializan los niveles y la calidad de la atención.

La solución para este problema es la digitalización de las historias clínicas, la cual se enfoca en la captura de información de las instituciones hospitalarias a través de formularios digitales disponibles en una variedad de fuentes como dispositivos multifunción, teléfonos inteligentes y tabletas, permitiendo luego la entrega de esta información a cualquier ubicación según el flujo de trabajo predeterminado de la institución. Dentro de los principales beneficios de la digitalización de las Historias Clínicas se encuentran:

1) Mejorar la calidad de atención del centro médico: Esta nueva tecnología facilita la colaboración y permiten a los doctores poder dedicarle más tiempo de atención al paciente, lo que significa más usuarios por día y, consecuentemente, mayores ingresos.

2) Incrementar la eficiencia en el centro de salud: La digitalización de las Historias Clínicas, permitirá optimizar el acceso seguro, las interfaces de usuario, el servicio al cliente y el control de calidad gracias a la tecnología, asegurando así mejores resultados de los colaboradores.

3) Mejor atención con mayor calidad: Con la automatización y digitalización de procesos, se le brindará al paciente una mejora significativa durante su estancia en el centro de salud, lo cual conllevará a que se sienta cómodo con el centro médico y decida elegirlo como establecimiento de atención.

Cada día es más común ver como en el mercado Latinoamericano se está implementando la digitalización de Historias Clínicas, mejorando la experiencia del paciente, a través de diagnósticos más precisos en menos tiempo. Así, esta tecnología permite facilitar el trabajo a los doctores al tener la información en cualquier momento por lo que no debe esperar ningún documento físico para iniciar la consulta médica, y permitiendo al paciente acceder a sus exámenes desde cualquier lugar y en cualquier momento.

Los avances de la tecnología están ayudando a optimizar el acceso seguro, las interfaces de usuario, el servicio al cliente y el control de calidad. Con esta nueva tecnología en los centros médicos peruanos podremos generar una transición a la era digital de la captura de datos, así como transparencia y eficiencia en los hospitales y demás proveedores de salud.

Esto conduce a una mayor movilidad de la información, mejora la comunicación entre el personal y los pacientes, lo que contribuye en la calidad de la atención, la seguridad del paciente, la eficiencia del personal, la reputación de la organización y los ingresos.

Sin duda, la tecnología es algo con lo que vivimos y debemos comenzar a incorporar en nuestro sistema de salud para poder dar a nuestros pacientes una mejor atención enfocada en ayudarlos a curar el malestar que tienen y sin perder tiempo en trámites que se pueden comenzar a hacer a través de soluciones tecnológicas.

INVESTIGACIÓN

DR. ALFREDO CELIS Y LA PRIMERA CIRUGÍA INTRAUTERINA EXITOSA PARA ESPINA BÍFIDA EN EL PERÚ.

"Es la primera cirugía para espina bífida intrauterino exitosa"

Médicos de Argentina, junto a médicos peruanos de la Clínica Anglo Americana realizaron la primera cirugía intrauterina exitosa para espina bífida en nuestro país. Aquí el Dr. Alfredo Celis nos cuenta en qué consiste esta patología y cómo se llevó a cabo la cirugía que será presentada en la sociedad científica de ginecología como prototipo de trabajo siendo el primer caso exitoso.

¿Qué tan frecuente es la espina bífida?

Es una patología poco frecuente. Se estima que uno en dos mil puede tener este problema pero cuando se presenta tiene mucha trascendencia en la vida del recién nacido. En realidad no se sabe porque se produce este tipo de anomalía en el feto, se le relaciona con una deficiencia de la ingesta del acido fólico que el vitamina B9, se asocia a esta falta de cierre de tubo neural. La recomendación es que toda gestante tome acido fólico pero todo las gestantes toman. No sé hasta qué punto esto sea cierto pero es hasta el momento lo que se sospecha.

¿Qué tan importante es detectarlo antes que el bebé nazca?

Hace 20 años la detección siempre se hacía cuando el bebé nacía, no había otra alternativa. Al nacer se corregía pero muchas veces era tardía y no lograba tener efectos importantes en el futuro. Ahora la espina bífida es susceptible de ser diagnosticada muy temprano, 10 o 12 semanas, intra útero y se hace el diagnostico.

Si los controles te piden un número de ecografías durante la etapa del embarazo. Al día de hoy no debe haber un bebé al que no se le detecte la espina bífida…

Si bien se puede detectar tan temprano este problema en el feto, el tratamiento es cuando el niño nace. Actualmente ya hay la posibilidad en la Clínica Anglo Americana de tratarlos a tiempo, pues hemos hecho por primera vez la cirugía intrauterina que se realizó a las 26 semanas de un bebé porque tenía las condiciones para hacerse. Si hemos hecho el primer caso quiere decir que esto no es algo que se haga de rutina, recién se está empezando a hacer en diferentes centros en el mundo y Latinoamérica. Pero se diagnostica en el 100% de los casos.

¿Hay grados en la espina bífida?

La espina bífida es la falta de cierre o de formación de los huesos de la columna y lo cual hace posible que al no cerrarse adecuadamente el tejido que está abajo, que es una membrana que se llama las meninges protruyan y se formen como un globo con el líquido cefalorraquídeo, esto se llama meningocele, pero detrás de estos pueden salir los nervios que están en la medula, eso se llama mielomeningocele, que es un grado más avanzado de lesión. Justo ahora tenemos un caso. Una gestante de 27 semanas que no requiere de cirugía intrauterina porque solo es un meningocele y en un nivel de la columna que no va afectar la motilidad.

¿Cuál es la consecuencia de una espina bífida asociado a mielomeningocele?

Generalmente es una alteración de la capacidad motriz de los miembros inferiores y una alteración en el control de los esfínteres para orinar y defecar. Entonces cuanto más tiempo pasen corregirse la probabilidad de que lo que lo que acabo de mencionar ocurra es mayor. Por lo tanto es importante hacer el tratamiento lo más tempranamente posible antes que se haya producido este daño y el tratamiento consiste en corta ese tejido que sobra y cerrar ese defecto y la piel encima. No siempre es lo necesario, depende del nivel.

No todos son candidatos a cirugía intrautero pero si todos cuando al nacer, ¿en el caso de intrautero a las cuantas semanas se debe operar?

Se debe operar antes de las 26 o 27 semanas, sobre todo en las que además de meningocele haya producción de fibras nerviosas y cuando las lesiones sean más altas, a nivel de 4 o 5 (niveles de la columna lumbar cuatro cinco).

¿En nuestro país es común no es común las cirugías intrauterinas?

Son comunes las cirugías cuando nacen. Intrauterino hemos hecho la primera recién. Estamos en plena curva de aprendizaje. La primera que hemos hecho ha ido bastante bien pese a que tuvo riesgos. Uno de los riesgos es que el embarazo no llegue a término y nazca un niño prematuro. Esto porque estás cortando un útero, restituyendo el líquido y cerrando la membrana nuevamente. En caso de las 26 o 27 semanas logramos mantener ese feto hasta las 31 semanas, ni siete meses. ¿Por qué? porque a la semana que operamos rompió membranas y el líquido se salió y logramos mantener dos semanas con la membrana rota y cuando ya no quedo liquido hubo que operar que fue a las 31 semanas.

¿Imagino que tras operación requiere monitorización del paciente?

Requiere un cuidado muy cercano para que el útero no comience a contraerse tratando de iniciar un trabajo de parto.

Es la primera vez q se hace una operación intrautero en el país ¿qué tal la experiencia?

Es la primera vez que se hace una operación para espina bífida intrauterino exitosa. Sé que se ha hecho en la maternidad algunos casos, no muchos, pero no hubo el éxito, que este caso sí lo hubo. Cuando hablamos que no hubo éxito se refiere a que operado, el feto se expulsó después, u otro fracaso puede ser que nacido el feto no pueda mover las piernas, la cirugía no haya sido efectiva.

¿En otros países hace cuánto se realizan estas cirugías intrauterinas para espina bífida?

Calculo tiene entre 5 a 10 años tirando más para 5 con casos más específicos.

¿Qué ha hecho que demore esta técnica en hacerse con éxito en Perú?

La cirugía intrauterina siempre ha sido un terreno no explorado. Porque cortar un útero con un feto adentro implica que todo el líquido se salga y hay que restituir el líquido mientras se va operando. Implica el riesgo que el útero se contraiga y quiera expulsar. Entonces ¿qué ha ocurrido? Ha ocurrido que los métodos de anestesia para que el útero este tranquilo han mejorado, la capacitación en sí de poder ingresar a la cavidad uterina, porque el feto no sale, se abre una ventanita y a través de eso se ubica la zona del feto, se opera y se cierra el útero nuevamente. La tecnología ha hecho posible que se pueda acceder a esto.

Hay cirugía mínimamente invasiva y la convencional ¿cuál es la diferencia?

El caso que hicimos fue una cirugía abierta, porque para hacer una mínimamente invasiva hay que ser laparoscópica intrauterino y hasta donde tengo entendido solo hay dos centros que hacen esto.

¿A pesar de que la cirugía ha sido exitosa existen riesgos a largo plazo para el niño?

En este caso los riesgos están relacionados no tanto a la cirugía sino a la prematuridad. Porque fue un niño que pesó 1 kilo 300. La posibilidad de enfermedad de ese niño y complicarse en este caso particular que también tenía un problema de hidrocefalia que tuvo que ser drenado. La hidrocefalia está asociada a la espina bífida. No todos los de espina bífida tienen hidrocefalia. Si lo tienen es un factor más para operar tempranamente para disminuir el impacto de la presión intracraneana aumentada en el cerebro del fetito.

¿Al ser esta la primera cirugía exitosa se está preparando estudios para presentarlo como caso en la sociedad científica?

Se va presentar como prototipo de trabajo siendo el primer caso exitoso. Fue exitoso por equipo que se formó y el momento que se operó a 26 semanas y por la preparación. Esta cirugía pudo ser posible porque trabajamos conjuntamente con un equipo de Argentina que vino a apoyarnos y ahí ellos tienen un par de años haciendo esta operación. Nos juntamos el equipo de ginecólogos que hacen medicina fetal, el equipo de ginecobstetras que abrimos el útero y lo volvimos a cerrar, el equipo de neurocirujanos para hacer la corrección del defecto de la pared de la columna, y otro parte importante fue el equipo de anestesiólogos para hacer posible que le útero esté tranquilo durante la cirugía, el feto también pudo estar de alguna manera adormecido para no moverse.

¿La edad, la condición física de la madre influye en el éxito de la operación o esto no es relevante?

No, la condición física si es una mujer obesa lógicamente va ser dificultoso para cualquier cirugía pero sí no, no lo hace más complicado.

¿Cuánto tiempo demoró la cirugía?

Tres horas en promedio, yo fui el que abrí el útero y lo cerré. Si se vuelve a presentar un caso que requiera este tipo de cirugía sí tenemos el back ground probablemente para hacerlo ya solos.

¿Sin tener esta experiencia previa fue difícil lanzarse a operar?

Primero fue que el caso fue detectado a tiempo. Se preparo el caso para ser preparado al límite del tiempo que se recomienda. Se coordinó con los colegas de Argentina que vinieron Perú de manera gratuita solo se les tuvo que costear los pasajes por los días que estuvieron. Vinieron cuatro colegas, medicina fetal, ginecólogo obstetra, neurocirujano y anestesiólogo.

"HACE 20 AÑOS LA DETECCIÓN SIEMPRE SE HACÍA CUANDO EL BEBÉ NACÍA, NO HABÍA OTRA ALTERNATIVA. AHORA LA ESPINA BÍFIDA ES SUSCEPTIBLE DE SER DIAGNOSTICADA MUY TEMPRANO, 10 O 12 SEMANAS, INTRA ÚTERO Y SE HACE EL DIAGNÓSTICO"

La warfarina debió ser desplazada por apixabán

Dr. Juan Cosín, médico cardiólogo Jefe de sección de Servicio de Cardiología del Hospital Arnau de Vilanova en España, señala que los beneficios de apixabán, que es un fármaco anticoagulante de acción directa, a diferencia de warfarina, es más segura y cómoda para el paciente pues actúa frente al factor 10, lo cual lo hace estable y todas las guías científicas recomiendan como primera opción terapéutica para la prevención del ictus en la fibrilación auricular, no valvular..

¿Por qué se da este relanzamiento de apixabán en el país?

La evidencia de apixabán comparado con warfarina había demostrado resultados extraordinarios en cuanta mayor eficacia en reducir el ictus, embolismo sistémico, con mayor seguridad en reducción de hemorragias mayores. No obstante, en estos años han salido nuevos estudios en nuevas áreas terapéuticas relacionadas todas con fibrilación auricular. El paciente que iba ser sometido a cardioablación eléctrica y se trataba con apixabán para reducir el riesgo de ictus, se mostro resultados muy buenos, o incluso el paciente que iba ser sometido a una ablación de fibrilación auricular y se mantenía el tratamiento con apixabán para la ablación también con buenos resultados y el últimos presentado hace poquito un mes es un estudio AUGUSTUS en un grupo muy concreto de pacientes con fibrilación auricular y cardiopatía isquémica que se comparaban apixabán vs warfarina, los resultados de apixabán de nuevo fueron muy buenos con reducción de riesgo de sangrado evidente respecto al tratamiento tradicional con warfarina.

¿Qué hace distinto a apixabán?

Es un anticoagulante de acción directa, es uno de los que hasta hace poco llamábamos nuevos pero ya son de hace 10 años.

El mayor riesgo de los anticoagulantes es el sangrado, ¿evitar estos riesgos o tomar acción requiere del monitorear al paciente cuando se le suministra?

Esta es la visión que teníamos con warfarina, los anti vitamina K, eran fármacos que interaccionaban mucho con alimentos y fármacos. Tenían niveles muy inestables, tenían unos niveles muy alterables, por eso cuando uno empezaba a tomar warfarina tiene que hacer controles cada dos días y luego semanas y luego todos los meses. Las guías dicen que el paciente que toma warfarina tiene que hacerse controles cada cuatro semanas es lo que dicen las guías. Estos fármacos surgieron para ser más cómodos para el paciente, para que no tengan que hacerse esos controles y no tuviera esas interacciones con los alimentos y fármacos como tiene warfarina. La gran sorpresa de estos nuevos fármacos es que viene que además de ser más cómodos no necesitan monitorización y son más seguros y más eficaces. Aunque hay algún otro que es más eficaz y otro más seguro, todos reducen el riesgo de la hemorragia intracraneal. Luego tenemos el apixabán que además de reducir el ictus reduce también el riesgo de sangrado mayor, intracraneal. Todos tienen una ventaja respecto a warfarina además de no necesitar la monitorización.

"Luego tenemos el apixabán que además de reducir el ictus reduce también el riesgo de sangrado mayor, intracraneal. Todos tienen una ventaja respecto a warfarina además de no necesitar la monitorización."

¿Por qué no necesita monitorización?

Porque son estables. Actúan, unos frente al factor 10 y otros frente a la trombina, la dabigatrán frente a la trombina, los otros tres: edoxabán, rivaroxabán y apixabán actúan frente al factor 10ª. Tiene un efecto estable como cualquier otro fármaco, como cuando usamos aspirina, no monitorizamos el efecto. Solo se monitoriza con la warfarina y otros muy concretos.

Sin embargo, ¿aun hay un riesgo de sangrado?

¿Por qué damos estos fármacos? porque el paciente tiene un riesgo 5 veces mayor de sufrir un ictus que el paciente que no lo tiene por lo tanto tenemos que dar un anticoagulante para que no se forme un coagulo. Siempre que demos un anticoagulante aumenta el riesgo de sangrado pero la ventaja de estos fármacos es que con lo que teníamos hasta ahora warfarina, son más seguros, reducen todos ellos el riesgo de hemorragia intracraneal que era la hemorragia más grave que se tenía con la warfarina. Luego hay efectos diferenciales entre cada uno, pero en general todos tienen menos riesgo un riesgo comparable con la warfarina.

Warfarina tenía antídotos validados para contrarrestar estos riesgos, ¿apixabán lo tienen?

Warfarina puede disponer de la vitamina K, que el efecto anticoagulante vaya a desaparecer. Un antídoto se caracteriza por tener un efecto muy rápido. La vitamina k cuando tenemos un paciente pasado con warfarina tarda mucho tiempo en hacer efectos, también tenemos los factores pro coagulantes que tienen un efecto pro trombótico, con los problemas que esto conlleva. Estos nuevos fármacos cuando se han probado en los ensayos clínicos han demostrado sin tener ningún antídoto ser más seguros en la reducción del ictus y el sangrado intracraneal, en concreto apixabán sin tener antídoto demostró que los pacientes se agravan un 30% menos que con warfarina. Los pacientes que sangraban y llevaban apixabán morían la mitad que los que tenían warfarina y eso que teníamos todos los disque antídotos para warfarina. El tema del antídoto es algo secundario. Pero si alguien piensa que el antídoto es muy importante, una respuesta: hay antídoto aprobado por FDA hace un tiempo que es la Andexanet Alfa, pronto estará en Perú.

Sin embargo, ¿warfarian sigue siendo el tratamiento gold estándar?

No. Las guías científicas de la Sociedad Europea de Cardiología en el 2016, American College of Cardiology, hace unas semanas, las guías de la Sociedad Canadiense de Cardiología y todas las guías científicas recomienda como primera opción terapéutica para la prevención del ictus en la fibrilación auricular, no valvular, los anticoagulantes de acción directa.

¿La warfarina debería estar desplazada para estos pacientes?

Debería de haber sido desplazada pero todavía no porque las autoridades gubernamentales en muchos sitios no ha aprobado o financiados parte de estos fármacos de acción directa y luego hay una lentitud en algunos mercados en la incorporación. En Europa ya hay muchos países que vienen prescribiendo más estos fármacos de acción directa. La warfarina está quedando residual para algunos casos. Hay algunos pacientes que solo pueden recibir warfarina, para la prevención de ictus en fibrilación auricular, dos estenosis mitral reumática moderada o severa y prótesis valvulares mecánicas, en el resto de los casos se debería priorizar anticoagulantes de acción directa.

Sanofi: lanzamiento de Gelicart Action

Sanofi, compañía farmacéutica líder en soluciones terapéuticas para pacientes, amplía su portafolio en Perú con el lanzamiento de Gelicart Action, un suplemento dietético para la pérdida de masa muscular (sarcopenia), con el objetivo de mantener activa y en movimiento a la población adulta, mediante el fortalecimiento de la musculatura.

Este suplemento dietético, está recomendado para personas activas que buscan mantener su salud muscular, así como aquellos que presentan riesgo o pérdida de músculos. Gelicart Action tiene dos ingredientes a base de colágeno hidrolizado y 20 gramos de proteínas bioactivas que actúan directamente sobre la masa muscular

El Dr. Álvaro Montenegro, gerente médico de Sanofi, indica que Gelicart Action surge como una propuesta nutricional segura para las personas mayores de 40 años. **"Se estima que para el año 2050, cuatro de cada 10 habitantes de la región formarán parte del grupo de personas de 50 años a más. Con este suplemento, atacamos el envejecimiento de la musculatura y retrasamos su disminución"**, agrega.

La sarcopenia, además de ser una enfermedad prevenible, se puede revertir en gran medida al optar por terapias adecuadas, fáciles de adaptar a la rutina diaria y sin contraindicaciones. De acuerdo con el especialista, el tratamiento combinado (ejercicios de resistencia y suplemento alimenticio), permite aumentar la masa muscular en un 50% y reducir el tejido graso, lo que le brinda al paciente mayor movilidad.

SOCIEDADES

MARGARITA PÉREZ SILVA, DECANA NACIONAL DEL COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

"Cada vez sacan más normas en la que nos excluyen"

La OMS ha declarado el 2020 como el 'Año de la Enfermera y la Obstetra', por eso es importante darle una mirada a cómo está posicionada la obstetra en nuestro país dentro del grupo de trabajo en un establecimiento de salud. Aquí la Decana Nacional del Colegio de Obstetras del Perú, nos cuenta de sus luchas ante el MINSA y otros colegios, para revalorizar la profesión obstétrica en beneficio del paciente.

Soy obstetra asistencial trabajé en el Ministerio de salud por 23 años. Además, también fui secretaria nacional de la Federación Nacional de Obstetras durante seis años, luego fui sub secretaria general de la misma, cargo que renuncié en el 2018 para postular al Colegio de Obstetras. Cuando estuve en la Federación logramos varios beneficios en cuanto a la escala remunerativa, que se va cumplir en su totalidad en el 2021, conseguimos el residentado en obstetricia, entre otros logros.

¿Qué la motivó de pasar de la Federación, que tiene una función más sindical, al colegio que tiene otras funciones para sus colegiados y la institución?

Como profesión hemos afrontado muchos problemas en estos dos últimos años con el Ministerio de Salud, porque cada vez sacan normas en la que se nos está excluyendo, nos están quitando algunas funciones en la que debemos estar por nuestras competencias. A eso se suma el desprestigio de nuestra profesión de parte de otros gremios profesionales. Eso me motivó a llegar al colegio para trabajar en esas dos líneas: la defensa de nuestra profesión y el desarrollo. El colegio representa a todos los obstetras a nivel nacional, somos 37.500 obstetras.

¿A qué normas específicamente se refiere?

Nosotros tenemos una Ley de Trabajo que enmarca las funciones que realizamos, obligaciones y deberes. Tenemos un reglamento que es aprobado con Decreto Supremo, donde está especificada el reglamento de la Ley de Trabajo del Obstetra. Pero el MINSA emite unas normas donde no considera al obstetra. Tenemos más de un año de un reclamo por la modificatoria del Manual de Clasificador de Cargos en el cargo de obstetra donde está establecida las funciones que realiza el obstetra. Este manual se hizo en el año 2008 por lo que pedimos una actualización. Se logró modificar el año pasado producto de una mesa de trabajo, entre representantes del MINSA, El Colegio de Obstetras y la Federación. Sin embargo, poco después de ser aprobado, el gremio médico y una sociedad médica, ejerció presión y nos excluyeron. De un día para otro cambiaron la resolución. Nosotros lamentamos que no se emitan las normas con criterios técnicos a beneficio de los pacientes sino a presión e interés de otros grupos profesionales.

¿En qué es que no le dejan intervenir?

Reclaman que no deberíamos intervenir, puntualmente en el tema de adolescentes, prevención de cáncer de cuello uterino y mama, consejería en el climaterio, y atención inmediata del recién nacido. El MINSA en su emisión de norma señala que una vez nacido el bebé no podemos ni valorar cómo nacen, porque existen parámetros y que esta atención debe hacerlo otro grupo de profesionales, cuando el parto es un proceso continuo y por nuestras competencias, formación y funciones, nos corresponde.

¿Ustedes han reclamado este punto?

Nuestro reclamo es que esa situación no puede darse porque genera violencia en la atención para la mujer y el recién nacido, porque hay una disputa en el profesional que está atendiendo y otra que quiere recibir al bebé.

¿Qué otras normas se han emitido que los excluye de la atención?

Hay otra norma con respecto al cáncer de cuello uterino, el segundo que mas mata a las mujeres en el Perú, con 1800 mujeres fallecidas en el 2018. Sin embargo, el MINSA a presión de un grupo de médicos ha pedido que se cambie la guía que señalaba que el médico ginecólogo obstetra y la obstetra, podían hacer la detección temprana. El ministerio emite una nueva directiva para cáncer de cuello uterino donde coloca que la detección (la prueba de papa Nicolau) debe ser realizada por el médico obstetra, el médico especialista en salud familiar, el médico general y en cuarto lugar la obstetra, en ese orden. Incluso pone que en caso no hubiera ello, puede hacerlos otros profesionales. Lo que nosotros reclamamos es que no hay un médico ginecólogo obstetra en cada establecimiento de salud, menos en los más centros más alejados.

¿Ustedes consideran que deberían hacer la prueba de detección o prueba preventiva junto a los ginecólogos obstetras?

Siendo respetuoso de la función de los médicos, los médicos generales no tienen las competencias que sí lo tiene la obstetra para esta atención. Nosotros interpretamos que esta norma está reduciendo el acceso y derecho que tienen las mujeres de tener atención oportuna y de calidad. Nosotros solo vamos a ayudar en la prueba, si la prueba sale anormal hacemos la referencia, no estamos diciendo que vamos a tratar, eso es para el médico oncólogo. Esa es la forma como trabajar: enfatizar en la prevención.

¿Siente que se les está excluyendo del manejo integral que se les da a los pacientes?

Sí, hay otra norma que ha sido emitida por el MINSA sobre los bancos de leche materna en la que no consideran al obstetra para integrar el equipo, incluso ponen otros profesionales y hasta personal técnico para integrar el equipo. Pero dentro de las funciones hay una que es encargado en la consejería para crearles conciencia a las madres para donar la leche materna y esa consejería debe darse desde el embarazo y el puerperio y esa parte lo trabajamos nosotros, por lo que deberíamos ser parte de este equipo y no hemos sido considerados. Según el INEI, del total de controles prenatales, los obstetras realizan el 80% de estos. Realizamos la gran mayoría de controles prenatales por lo tanto no se explica porque no estamos incluidos.

¿En qué otros frentes está luchando el colegio?

El Colegio también hace propuestas de salud pública sobre todo en algunos temas que no han sido bien enfocadas como el de la anemia, donde

"18 MIL OBSTETRAS ESTÁN LABORANDO EN CENTROS MÉDICOS Y HOSPITALES DEL SECTOR PÚBLICO, DOS MIL EN ESSALUD Y CERCA DE 800 EN LOS CENTROS MÉDICOS DE LAS FUERZAS ARMADAS Y POLICIALES, EL RESTO QUE SON COMO 16 MIL ESTÁN LABORANDO EN EL SECTOR PRIVADO..."

no hay una estrategia para las mujeres embarazadas. Según el INEI el 30% de embarazadas tiene anemia, es decir tres de cada diez embarazadas, que tendrán bebés que nacerán de forma desfavorable pues se debe abordar el problema desde la etapa prenatal. Se invierte mucho en personal y medicamentos y agentes comunitarios para el monitoreo y seguimiento del tratamiento pero en la etapa de la gestación, no se hace nada. Por eso estamos preparando una propuesta contra la anemia y el embarazo adolescente que será presentada pronto al MINSA.

Al finalizar su gestión, ¿cuál sería una misión cumplida?

Que nuestra profesión sea revalorizada y ser los referentes en salud sexual y reproductiva. Además, como ente certificador mejorar las competencias profesionales de nuestros colegiados por eso estamos actualizando las normas, para reforzar las competencias de nuestros profesionales porque es la garantía de dar un profesional capacitado y actualizado para el país.

¿Cómo está distribuido el obstetra en el campo laboral?

18 mil obstetras están laborando en centros médicos y hospitales del sector público, dos mil en EsSalud y cerca de 800 en los centros médicos de las Fuerzas Armadas y Policiales, el resto que son como 16 mil están laborando en el sector privado, donde un grupo tiene sus propios establecimientos producto de su emprendimiento y otro labora en clínicas privadas.

¿Cuánto es la brecha que existe de obstetras en el país?

Hace algunos años se estableció para que pueda haber una obstetra en cada centro de salud había una brecha de seis mil profesionales. Actualmente estamos pidiendo que se actualice la data porque existe una norma que indica que tiene que haber consultorios y atención diferenciada para adolescentes o en temas de control prenatal y planificación familiar. Si cumplimos como dice la norma deberíamos tener tres o cuatro obstetras para dos turnos e un establecimiento pero esto no se da porque en varios centros solo hay un obstetra para todas las labores y para un solo turno, por eso pedimos que se cierre la brecha de profesionales.

"COMO PROFESIÓN HEMOS AFRONTADO MUCHOS PROBLEMAS EN ESTOS DOS ÚLTIMOS AÑOS CON EL MINSA, PORQUE CADA VEZ SACAN NORMAS EN LA QUE SE NOS ESTÁ EXCLUYENDO, NOS ESTÁN QUITANDO ALGUNAS FUNCIONES EN LA QUE DEBEMOS ESTAR POR NUESTRAS COMPETENCIAS"

Uno de los problemas reales que hay en los centros u hospitales es la falta de comunicación entre los profesionales que brindan, supuestamente, una atención integral y el más perjudicado es el paciente, ¿cómo mejorar esta relación entre los profesionales?

Cada cierto tiempo empiezan esas disputas y problemas que por un lado está propiciado por el MINSA por sus normas que no son claras y que dan pie a este tipo de intromisiones en funciones que no competen a algunos profesionales, porque cada profesional tiene sus funciones delimitadas y claras que las respetamos y que tiene que ser así. Cada quien tiene que desarrollarse para lo que se ha formado. Lamentablemente estamos perdiendo esa visión de trabajo en equipo, porque en la salud de una persona interviene un equipo. No puede ser solo un profesional. El clima laboral ciertamente se ve afectado por este tipo de problemas.

¿Se han reunido con representantes de otros Colegios Profesionales para tocar este tema?

Aun no, pero estamos tendiendo los puentes para que pueda haber este diálogo y aclarar estos temas que están haciendo que este problema se haga más grande aun. Como Colegio también somos responsables de la vigilancia del ejercicio profesional y tenemos un código de ética que enmarca como debemos conducirnos como profesionales. Tenemos también un reglamento de sanciones.

¿Cómo marchan con lograr gestionar las plazas para el residentado en obstetricia?

Estamos en la etapa de elaborar el reglamento que ya fue aprobado y estamos participando en la Comisión Nacional de Residentado en Obstetricia que se denomina CONARO y se está a punto de firmar un convenio con la comisión para avanzar a que se de la primera convocatoria. Este año no creo que salga el primer residentado en obstetricia pero el próximo sí. No ha sido fácil hay mucha oposición, para estas especialidades de dos años. Hay temor de algunos grupos que dicen ¿por qué quieren especializarse? Uno quiere especializarse dentro del área donde uno se desenvuelve. En los hospitales el requerimiento es que todos tengamos una especialidad para mejorar la calidad en los establecimientos de mayor complejidad. Nosotros tenemos la segunda especialidad que es en la universidad. Pero en la modalidad de residentado uno va recibiendo su remuneración y trabajando en el área donde se está especializando.

Eso sería un hito importante para ustedes...

Claro, hace 50 años el único profesional que podía hacer una segunda especialidad por la modalidad de residentado era el médico cirujano. Luego se amplió a otros profesionales. Nosotros también lo solicitamos porque el obstetra también se especializa con segundas especialidades pero que están cubiertos por nuestros propios recursos. En la universidades tenesmo especialidades que son en altos riesgo obstétrico. El residentado ya lo tienen los de enfermería, los químicos farmacéuticos y odontólogos.

¿Con cuántas plazas se empezaría este residentado?

Estamos indicando que sea con lo mínimo que se pueda porque requiere inversión. Hay residentados, como el de los odontólogos, que se inició con 12 plazas a nivel nacional pero para el siguiente año aumentó. Por eso es importante empezar con lo mínimo que se pueda pero progresivamente ir incorporando más. Lo ideal es llegar a unas 500 o 1000 plazas conforme pasen los años. Si no ha empezado antes es por mucha oposición. El reglamento del residentado se aprobó en el 2016 y los plazos no se han cumplido.

De acuerdo a la ley de trabajo, el obstetra puede ocupar un cargo directo en un establecimiento de salud, ¿existe obstetras en puestos de dirección en algún hospital o centro de salud?

Sí, la ley de trabajo dice que podemos ocupar cargos directivos, nuestra profesión se desarrolla en varis campos como el asistencial, el docente, de investigación y gestión y en este momento sí hay colegas que ocupan estos cargos mayormente en el interior del país. Un colega nuestro es Director Regional de Salud y lo hacen muy bien.

¿Por qué considera que no existen más?

Hace unos años nuestro sistema de salud en cuanto a las direcciones de hospitales e institutos especializados estaba monopolizado, porque el reglamento para el concurso de cargos directivos indicaba, como primer requisito, ser médico cirujano. Por lo tanto ningún otro profesional, aun tenga la formación de gestión, podía ocupar un cargo directivo de hospital. Esto cambió en el año 2011 por mandato judicial, por discriminación de acceso al cargo directivo, el MINSA se vio obligado a cambiar el reglamento con mucha resistencia, pero se cambió. No obstante, no se aplica. Desde esa fecha hasta hoy no hay un nuevo concurso de directores de hospitales donde ya podrían intervenir todos los profesionales de salud. De darse un nuevo concurso ganaría el que tenga mayores competencias en temas de gestión, porque vemos que nuestro sistema de salud no es el mejor, al contrario, está muy venido a menos porque no siempre los mejores gestores acceden a los cargos.

POSGRADO
UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL SUR

TECNOLOGÍA MÉDICA

ADQUISICIÓNES DE EQUIPOS MÉDICOS

Hospital Cayetano Heredia adquirió modernos equipos

Se trata de cuatro máquinas de anestesia con monitoreo avanzado de alta tecnología que optimizarán la atención de pacientes. La inversión del Hospital Cayetano Heredia superó los S/ 1.2 millones de soles.

Como parte de las acciones de mejoramiento de los servicios de salud y equipamiento de los establecimientos de salud, el Hospital Cayetano Heredia del Ministerio de Salud (Minsa) adquirió cuatro máquinas de anestesia con monitoreo avanzado de alta tecnología que permitirá optimizar la atención de los pacientes que ingresan a la sala de operaciones.

Los modernos equipos fueron adquiridos con una inversión de 1,268,600.00 soles, aproximadamente, en el marco de la ejecución presupuestal: **"Adquisición de Equipos Médicos por Reposición para Establecimientos de Salud de Lima Metropolitana",** del Minsa.

Entre las principales bondades del equipamiento destacan el sistema de monitoreo de 12 parámetros vitales, como presión arterial invasiva, saturación de oxígeno en la sangre, temperatura, electrocardiograma (EKG) para detectar latidos, arritmias e infartos.

Asimismo, este equipo facilitará la aplicación de la anestesia a pacientes que pesan menos de 500 gramos (en caso de neonatos prematuros) y que pesan más de 100 kilos.

El director adjunto del Hospital Cayetano Heredia, Juan Quispe Cuba, destacó que el equipo proveerá una vasta información a los médicos anestesiólogos para fortalecer el proceso de atención y evolución del paciente durante la intervención quirúrgica y post quirúrgica.

"Perfeccionará el flujo de trabajo de los médicos anestesiólogos, facilitando la toma de decisiones, principalmente en los pacientes críticos que provienen de la Unidad de Cuidados Intensivos y Shock Trauma de emergencia", agregó al resaltar que se fortalecerá las siete salas de operaciones, donde se realizan alrededor de 800 cirugías mensuales.

En representación de la directora general del nosocomio, Aída Palacios Ramírez, el funcionario hizo entrega de los equipos al jefe del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, Enrique Chong Ramos.

Biolinks: "El 40% de la demanda es del Ministerio Público"

Biolinks tiene la tecnología para resolver pruebas de ADN en un día y le ha añadido una prueba de etnicidad a su oferta.

Biolinks es uno de los laboratorios de análisis de ADN que cuenta con más años en el mercado peruano. Dos décadas de aprendizaje han llevado a Biolinks a ser uno de los laboratorios que más demanda de pruebas de paternidad mediante el análisis de ADN, mejorando su técnica de laboratorio para resolver pruebas en solo 24 horas.

"Una prueba de paternidad a nivel mundial puede ser resuelta en siete días, Biolinks ha generado algunos cambios en sus procesos que hace que sus pruebas demoren tres a cuatro días pero ofrecemos un servicio de solo 24 horas, que ya es una ventaja competitiva sobre los competidores que tienen una oficina en Perú y sobre los laboratorios que envían su prueba a EE.UU." señala el biólogo Martín Gavilán, de Biolinks.

Si bien la demanda en pruebas de paternidad representa el 70% de todos los servicios que ofrece Biolinks, y de esta cifra el 40% representa a pedidos del Ministerio Público un aliado por la alta confiabilidad de los resultados y la rapidez de la prueba, ¿qué hace que el proceso se acorte? El biólogo Martín Gavilán, lo revela.

"Es un tema de proceso interno. Somos el primer laboratorio que hizo la prueba de paternidad en el Perú. Solo un laboratorio más lo hace en el Perú, el resto los mandan al extranjero y mandarlo a fuera por eso la mayoría no puede competir en tiempo, por el viaje de la muestra en el ida y vuelta".

El core de Biolinks son las pruebas de paternidad, sin embargo, hace algunos meses han ampliado su oferta a pruebas diagnósticas de cáncer y algunas enfermedades, mediante el análisis del ADN. Asimismo, han desarrollado un producto que es la prueba de etnicidad, el cual le permite al usuario saber qué porcentaje tiene de asiático, caucásico, africano y andino tiene.

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

1

2

3

FOTOS 1, 2, 3 Y 4

HOSPITAL SANTA ROSA DE ANIVERSARIO

El Hospital Santa Rosa que hace 63 años inició como centro asistencial y en el 2005 consiguió la categorización de hospital de nivel III-1 de alta complejidad, está de aniversario al cumplir 63 años de vida institucional. La ceremonia de aniversario la presidió el Dr. Oscar Zúñiga Vargas, Director General del hospital.

FOTOS 5 Y 6

DÍA INTERNACIONAL DE LA OBSTETRA

Personal del Servicio de Obstetricia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, liderada por la licenciada Susana Gamarra Tepe, jefa del Servicio de Obstetrices, celebró el Día de la Obstetra con una cálida misa de salud para el personal de este servicio.

4

5

6

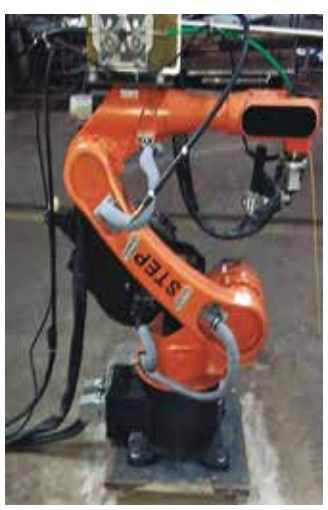
TM
TOP MEDICAL

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

ESTERILIZA S.A
de todo para esterilización

Esteriliza SA, empresa nacional con más de 16 años en fabricación de esterilizadores, con el apoyo de **Innóvate Perú** y de sus asesores se pudo llevar a cabo este proyecto, el cual redundara en mejor soldado, acabado y garantía de nuestros equipos, reduciendo también los costos de producción y mantenimiento.



Se ha podido incorporar un sistema robotizado para la soldadura y mecanizado, así como también un sistema de validación de equipos.

PUBLICIDAD

1

2

FOTOS 1, 2, 3 Y 4
ANIVERSARIO 83 DE ESSALUD

EsSalud celebró el cumplimiento de 83 años de su creación. Con ese motivo, EsSalud, como organismo administrador de las prestaciones de salud, económicas y sociales de la Seguridad Social ha organizó una serie de actividades como izamiento de bandera en las Plazas de Armas de las diversas regiones del interior del país, pasacalles y desfiles, en los que participan todos los trabajadores.

FOTOS 5 Y 6
INEN OBTIENE MÁXIMA CLASIFICACIÓN

El INEN obtuvo la máxima clasificación en nivel de atención otorgado por el Ministerio de Salud (MINSA) a los Institutos Especializados del país, denominada Categoría III-2. En el acto protocolar, el Dr. Alfredo Centurión Vargas, director general de la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro, hizo entrega al Dr. Eduardo Payet Meza, jefe institucional del INEN, la Resolución Administrativa N° 317-2019-DMGS-DIRIS-LC, que oficializa dicha recategorización.

FOTOS 7, 8 Y 9
ANIVERSARIO UNFV

En el marco del Mes De La Medicina se iniciaron las celebraciones de Promociones Médicas La al alcanzar los 30 años de ejercicio profesional de la Universidad Federico Villareal UNFV. En esta actividad estuvo presente La Decana del Colegio Médico del Perú, Dra. Liliana Cabani y el Secretario del Exterior, Dr. Hector Medrano.

3

4

5

6

7

8

9

DERMATOLOGÍA

DRA. JENNY VARGAS BRAVO, DERMATÓLOGA DE IDERMA CAPILAR

"Es factible la desaparición de lesiones en vitíligo y psoriasis"

Los pacientes de psoriasis y vitíligo son los que siempre están buscando alternativas de tratamientos efectivos. Aquí la Dra. Jenny Vargas, despeja dudas acerca del láser excimer y de las alternativas de terapia que hay para este grupo de pacientes.

¿Los tratamientos que actualmente existen para el vitíligo y soriasis son solo estéticos o terapéuticos?

No existe un tratamiento 100% efectivo, existen varias alternativas de tratamiento, empezando por cremas, lociones, fototerapia y el láser excimer. El uso del láser es según valoración, extensión de la lesión, localización, edad del paciente y tiempo de evolución. No todo paciente es candidato para hacerse un procedimiento con laser.

¿Estas enfermedades pueden detener su progresión con terapia?

Pese a que estas enfermedades son inmunológicas y no tienen cura, sí es factible que desaparezca las lesiones tanto del vitíligo como de la soriasis con tratamiento. Lo que sí siempre van a tener esa predisposición a poder desarrollarlo en algún momento tras cualquier tipo de evento. Puede ser que se le baje un poco el sistema inmunológico, por estrés que es la causa más frecuente actualmente pero sí es factible eliminar las lesiones posiblemente temporal, eso es algo que no se puede predecir.

¿Los candidatos a láser que valoraciones tienen que tener para ser calificados para esta terapia?

En realidad la efectividad es variable. Es una opción de tratamiento. Generalmente se da a pacientes que no resuelven con el tratamiento convencional, que son las cremas la primera fase del tratamiento. Si luego se viene a utilizar lo que es el procedimiento láser. También está la fototerapia y otros estudios como injertos en el tema de vitíligo, el trasplante de los melanocitos y los injertos de piel para esa enfermedad de forma particular. No es la última opción el láser sino una opción de tratamiento, hay quien resuelve con el tratamiento y hay quien no tiene mucha mejoría. Eso está en dependencia de los otros cuidados que tenga.

¿Cuando hablamos de tratar la lesiones de qué hablamos específicamente?

En el vitíligo la célula fundamental afectada es el melanocito, que es la célula que da el color a la piel. El tratamiento consiste en estimular la regeneración, multiplicación y producción de melanina a nivel del melanocito o el trasplante en caso haya ausencia completa de la célula, puede ser a través de injertos de piel que se hacen en forma localizada y existen varios métodos para eso o utilizado la luz natural o la fototerapia o el láser. Todos tienen la finalidad de inducir la repoblación de los melanocitos.

¿Se pueden hacer todas las terapias en conjunto?

Se puede usar todas las terapias porque no existe un tratamiento 100% efectivo, incluyendo el único producto elaborado en Cuba que se llama la Genina Plus que tiene un 80% de efectividad en vitíligo. Por ende se podría combinar con otros métodos, el tratamiento es combinado.

¿En qué casos es un paciente ideal para el tratamiento con láser que es lo que normalmente buscan los pacientes?

Sería pacientes que tienen lesiones localizadas, porque el láser excimer trata las lesiones que están localizadas, puede ser rodillas, codos o alguna zona del rostro pero no tiene esa extensibilidad.

¿Este láser excimer es el único que hay en el mercado que trata este tipo de lesiones o hay otros y cuál es la efectividad de esta frente a los demás?

El laser excimer es un láser que es para tratar enfermedades inmunológicas como soriasis y vitíligo. No hay otro tipo de láseres que sean más directos. Existen otro tipo de láseres que si se utiliza para estas enfermedades quizá para incorporar medicación. A veces se utiliza el láser CO2 que crea un micro canal para aplicar producto. Hay láser que es para otras cosas que también se pueden aplicar en este tipo de enfermedades, inclusive procedimientos como Microneedling que es una técnica probada que genera una microperforación múltiple en la piel. Se realiza con Dermapen, un dispositivo electrónico a modo de bolígrafo con microagujas, se puede aplicar también.

¿En ambas enfermedades existe en una progresión rápida y en qué caso se da y no responda a tratamiento?

Por ser enfermedad genética tiene que ver su carga genética. Si tiene una fuerte carga genética la enfermedad va ser progresiva y rebelde al tratamiento. Hay caso de pacientes con vitíligo que las manchas cubren el 95% corporal y por ende se recomienda la parte pigmentaba para despigmentar y uniformizar el tono. Esta enfermedad está localizada solamente en piel y tiene una repercusión emocional.

¿La alimentación también influye?

La alimentación pese a que no está descrito para estas enfermedades creo que juega un papel importante a la hora de re pigmentar el vitíligo. Alimentarse con muchas ensaladas, carotenos, vegetales, extractos de zanahoria y betarraga sí colabora. La soriasis produce un desprendimiento de piel de forma continua producto de una aceleración del metabolismo de la piel. Por ende hay pérdida de proteína de forma continua y el paciente tiene que tratar de reponer esa pérdida diaria incorporando un poco más de proteína.

"SE PUEDE USAR TODAS LAS TERAPIAS PORQUE NO EXISTE UN TRATAMIENTO 100% EFECTIVO, INCLUYENDO EL ÚNICO PRODUCTO ELABORADO EN CUBA QUE SE LLAMA LA GENINA PLUS QUE TIENE UN 80% DE EFECTIVIDAD EN VITÍLIGO. POR ENDE SE PODRÍA COMBINAR CON OTROS MÉTODOS, EL TRATAMIENTO ES COMBINADO."

Miguel Medina

Cargo actual: Country Commercial Lead para Bayer Perú
Profesión: Administrador de empresas por la Universidad San Ignacio de Loyola
Anterior: Gerente de ventas de Química Suiza y Jefe de Ventas de cadena de farmacias.

Miguel Medina

Country Commercial Lead Laboratorio Bayer Perú

WHO IS WHO

Aficionado y coleccionista de la saga de Star Wars

Pocas cosas o actividades pueden convertirse en una pasión para alguien, y Star Wars es justamente eso para el Miguel Medina, una que además comparte con sus dos hijos y que lo ha llevado a coleccionar artículos relacionados a la saga más famosa del cine.

¿Cómo empezó a ser un aficionado a la saga de star wars?

Era el año 79, tenía 9 años, mi mamá me llevó a ver la tercera película de la primera trilogía. Los films anteriores no las había visto porque yo era más pequeño además en ese tiempo las películas sólo se podían ver en el cine. Después de ver la película con mi mamá en el cine cuando era niño, recuerdo ver a mis primos coleccionar figuritas. Digamos que la saga capturó a muchos con la forma de presentar su filosofía de una guerra entre el bien y el mal, de los mensajes y consejos que siempre daban. Todo eso me enganchó.

La industria entorno a Star Wars es inmensa…

Sí, es grande. Y en relación a ella tengo varias cosas, sables, muñecos de los personajes, entre otras cosas. En la oficina también tengo algunas cosas pero en mi casa tengo casi todo lo que he comprado a lo largo del tiempo.

Llegó a personificar algún personaje?

Una vez me disfrace de Jedi, con la bata y el sable incluido, fue para una fiesta de Halloween. Sin embargo, sé que hay congresos y fiestas, pero no he tenido la ocasión de asistir a uno.

¿Cuántas veces y cuántas horas ha pasado viendo la saga completa?

Habré visto la saga completa más de 20 veces, una de esas tantas en compañía de mi hijo de 9 años. He pasado como 8 horas viendo la saga de largo. Ahora en diciembre estrenan la última película de la saga, la número 9, y antes de ir a verla repasaré todas las entregas anteriores.

¿Sus hijos han crecido viendo Star Wars?

Claro, mi hijo mayor de 19 años creció en la época que se estrenó la segunda trilogía, y mi hijo de 9 años creció con la última de las trilogías.

¿Se ha caracterizado para asistir a un estreno?

No, para nada. He visto gente que sí va gente caracterizada. Yo solo colecciono artículos.

Tengo objetos raros o difíciles de conseguir como muñecos y naves. A veces veo alguna imagen, escena o personaje de la película y me quedo impactado con eso y en base a eso busco los artículos.

¿Cuál ha sido el más difícil de conseguir?

El que más me costó es un R2D2 alias "Arturito", es de tamaño real y camina. Me costó como 250 dólares. Los más difíciles de conseguir los tengo guardados, entre ellos poseo muñecos originales de las primeras trilogías, y los compré en subastas en línea.

¿Y cuál es el objeto más raro de Star Wars?

Una vez un amigo muy querido me regaló tizas talladas, todos con formas de personajes y objetos de la película. Algunos se quebraron en alguna mudanza que tuve, pero aun así los conservo.

¿Esta pasión la comparten también sus hijos?

Sí, con los dos. En diciembre se estrenará una última película y tenemos planeador ir juntos al estreno de la media noche. Además, con dos chicos de edades tan diferentes es complicado, así que son ocasiones que tengo que aprovechar para conectarme de alguna forma con ellos.

¿Ellos también son coleccionistas?

En parte. El mayor tiene en su cuarto el robot de "Arturito" que compré, y el menor tiene las espadas que compro con la excusa de que es para "él". En el fondo, sé que compro todo eso para mí.

¿Hasta dónde lo ha llevado esta pasión?

Tengo ropa, medias y un tatuajes de star wars. Y hace algunos años tuvimos un perro al que llamamos Yoda.

¿Tatuajes?

Sí, me lo hice este año. Tengo uno con el nombre de mis hijos, sus fechas de nacimiento. Otro de mis tatuajes es una cruz egipcia y me lo hice porque mi mamá quien me regaló uno. El otro es sobre star wars.

¿Hasta dónde llegaría con esta afición y colección?

Quiero tener una habitación dentro de casa dedicado para mis cosas de Star Wars. No se ha dado porque tendría que construirla especialmente para eso, pero por ahora hay otras prioridades en casa. Sin embargo, está en mi lista de pendientes porque cada vez que viajo compro cosas, de modo que quiero tener en un mismo sitio, mis "juguetes", mi televisor para ver mis películas de Star Wars y mi Playstation con los juegos alusivos a la saga.

¿Existe algo más que Star Wars que le guste tanto?

Los animales. En casa tenemos 9 gatos y 1 perro y casi todos son adoptados. Uno de los gatos duerme siempre conmigo y me sigue como si fuese perro.

¿Y la música?

También me gusta. Escucho todo tipo de música: salsa, reguetón, pop, rock, música de los 80, y soy fanático a morir de Charly García. Cuando era más joven solía tener una banda de música con unos amigos y tocábamos música del estilo nueva trova, lo que estaba más de moda hace muchos años.

¿Qué instrumento tocaba?

La guitarra. Dejé de tocar mucho tiempo hasta que me regalaron una guitarra. No tengo mucho tiempo para tocar música.

¿De dónde viene ese gusto por el rock?

No lo sé. Creo que crecí en esa época en la que el Rock argentino era lo único que se podía escuchar. Un año pude ver cantar a Charly García, Miguel Mateo, Cerati y Fito Paez, esa fue la música con la que crecí.

¿Qué le ha dicho la gente más allegada?

Los que me conocen bien saben que me encanta Star Wars. Incluso, en intercambio de regalos me ha tocado presentes alusivos a la saga porque saben que me gusta.

"TENGO OBJETOS RAROS O DIFÍCILES DE CONSEGUIR COMO MUÑECOS Y NAVES. A VECES VEO ALGUNA IMAGEN, ESCENA O PERSONAJE DE LA PELÍCULA Y ME QUEDO IMPACTADO CON ESO Y EN BASE A ESO BUSCO LOS ARTÍCULOS."