

SESIÓN EXTRAORDINARIA: 05 de Agosto del 2009

INCORPORACIÓN COMO ACADÉMICA DE NÚMERO DEL ACADÉMICO ASOCIADO Dr. Alejandro Bussalleu

Muy buenas noches. Tenemos hoy la Sesión Extraordinaria y se trata de la Incorporación como Académico de Número del Dr. Alejandro Joaquín Bussalleu Rivera. La presentación del nuevo Académico de Número está a cargo del AN. Dr. Oscar Pamo Reyna.

Se va a pasar lista: Daniel Alcides Carrión: Presente.

DISCURSO DE PRESENTACIÓN DEL AN. DR. OSCAR PAMO REYNA

Buenas noches.

Sr. Dr. Melitón Arce Rodríguez, Presidente de la ANM

Sr. Dr. Jorge Berríos Reiterer, Secretario Permanente de la ANM

Sr. Dr. Humberto Guerra Allison, Secretario de la Academia

Señores Académicos de Número y Asociados

Señores Autoridades de las diversas instituciones académicas y médicas

Colegas

Señoras y Señores:

Debo cumplir con el honroso encargo de presentar al A.A. Dr. Alejandro Joaquín Bussalleu Rivera. El nació en Lima el 12 de enero de 1951. Hizo sus estudios de primaria y secundaria en el Colegio Parroquial Santa Rosa de Lima en el Distrito de Lince. Ingresó a la Universidad Peruana Cayetano Heredia para estudiar Medicina en el año de 1969 y se graduó como Médico Cirujano en 1976. Realizó su Internado en los Hospitales del Niño, Dos de Mayo, Arzobispo Loayza, Maternidad de Lima y el Internado Rural en el Hospital General de Tarapoto entre abril de 1976 y marzo de 1977. Egresó como Bachiller en Medicina en 1977 y pertenece a la Promoción Carlos Subauste Perona. Hizo el Servicio Civil de Graduando (SECIGRA) en el Hospital General de la Merced, Chanchamayo, Junín y en la Posta de Salud de Puerto Bermúdez, Cerro de Pasco, entre abril de 1977 y abril de 1978. Ingresó al Residentado en la especialidad de Gastroenterología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, en el Hospital Cayetano Heredia, en julio de 1978 y que culminó en junio de 1982, habiendo sido Jefe de Residentes en el Tercer Año. Su tutor en la especialidad fue el Dr. Jorge Berríos Reiterer.

Accedió a una beca del Consejo Británico para seguir un entrenamiento de post grado como Registrar en Gastroenterología en el Western General Hospital y siguió en el Royal Infirmary of Edinburg, Escocia, de agosto de 1982 a marzo de 1984.

En el primer Hospital tuvo como tutor al Dr. Wilfred Sircus, especialista en enfermedades intestinales y en ese entonces Presidente de la Sociedad de Gastroenterología del Reino Unido. En el segundo Hospital su tutor fue el Dr. Niall Finlayson, especialista en enfermedades hepáticas.

Retornó al Perú e ingresó como médico del Servicio de Gastroenterología del Hospital Nacional Cayetano Heredia en 1984, cargo que desempeñó hasta el 2003 en que pasó a ser jefe del Servicio hasta el 2008.

Desarrolló su actividad asistencial en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, juntamente con la docencia, fue incorporado como profesor auxiliar de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado en 1987, allí hizo su carrera como docente en Medicina. Fue profesor asociado en 1990 y es profesor principal desde 1996. Su labor como docente universitario de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado ha sido enjundiosa, participando en los sucesivos cursos anuales de la especialidad y de áreas afines como la Medicina Interna, Infectología, Parasitología, etc.

Obtuvo el grado de Maestro en Medicina en 1985 y el grado de Doctor en Medicina en 1990. Ha participado activamente en el área administrativa de la docencia, así ha sido Jefe de la Oficina de Relaciones Interinstitucionales de la UPCH en varios periodos, miembro del Comité Directivo del Dpto. de Medicina, miembro de la Asamblea Universitaria, miembro del Consejo de Facultad, miembro del Comité Electoral y Director de la Dirección de Personal Docente. En suma, por lo menos ahora, lo último en su carrera docente ha sido su elección como Vicerrector Académico de la UPCH, cargo que viene desempeñando desde mayo de 2008.

Obtuvo el grado de Maestro en Educación con mención en docencia e investigación en Educación Superior en la UPCH en el 2008.

Es miembro de varias Sociedades e Instituciones

Científicas de las cuales hay que resaltar su participación en diversas Juntas Directivas de la Sociedad Peruana de Gastroenterología hasta que llegó a ser su presidente en el periodo 2003-2004. Es fellow del Royal College of Physicians de Edimburgo y es fellow del American College of Gastroenterology.

Su desempeño como gastroenterólogo reconocido lo ha llevado a intervenir en más de un centenar de cursos de la especialidad como organizador, asistente, ponente, presidente de mesa, coordinador o moderador; y, en 50 Congresos de Medicina Interna, Gastroenterología, de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, tanto nacionales como extranjeros, en calidad de organizador, asistente o ponente. Y, ha presentado 80 comunicaciones libres en pósters en 25 Congresos de Gastroenterología Nacionales y Extranjeros.

Su labor como investigador y hombre de ciencia se ha traducido en las 59 publicaciones que tiene registradas, todas ellas versan sobre diversos aspectos de la patología gastroentérica y hepatológica del país y están publicados en revistas nacionales, 9 de ellas en revistas extranjeras. De sus publicaciones cabe resaltar 3 libros, en 2 de ellas fue coeditor en tópicos selectos de gastroenterología en el 2003 y avances en gastroenterología y hepatología en el 2008, y como co-autor del libro Nuevos Esquemas Terapéuticos para el tratamiento de la infección por el helicobacter-pilory en el 2001.

No ha sido ajeno a la labor editorial, así ha sido miembro del Consejo Editorial de la Revista Actualidad Médica del Colegio Médico del Perú en el periodo 1988-1990, de la Revista Médica Herediana 1990-2000 y de la Revista de Gastroenterología del Perú 1993-2001.

Por supuesto que ha tenido una exitosa práctica privada y esto estoy seguro lo pueden aseverar los pacientes que han acudido a su consultorio particular.

El Dr. Alejandro Bussalleu Rivera ha tenido y tiene un fructífero desempeño como profesional médico, pero quisiera agregar unas palabras, en lo personal, diría que lo conozco desde el primer día en que nos encontramos en Julio de 1978, al iniciar nuestro Residencia Médico, también conocía a sus amistades, en especial a dos entrañables amigos de su barrio y también de su

Promoción los que son ahora los Dres. Pedro Legua Leyva y Guillermo Bustamante Novella, también quiero mencionar al Dr. Oscar Valenzuela Galarza. Cuando uno empieza a mencionar nombres se corre el riesgo de ser injusto al omitir alguno, quisiera dejarlo allí pero alrededor de Alejandro hubo muchas amistades.

Quiero resaltar su lado humano, lo he visto actuar como compañero de estudios y de trabajo, pero también lo conozco cuando nos tocaba nuestros momentos de esparcimiento. Puedo decir que Alejandro Bussalleu Rivera ha sido un producto predecible, digo esto porque el proviene de una honorable familia. Conocí a sus padres: Don Alejandro Bussalleu Denegri, ex-funcionario de lo que fue ENAFER, un hombre que había viajado mucho, muy pragmático, gran conversador, gran recolector de información y de buen verbo con mucho condimento, y su madre Doña Carmen Graciela Rivera Muñoz, Doña Carmela simplemente, mujer buena, tolerante, afectuosa, muy devota y activa participante parroquial.

Por si no lo saben Bussalleu es un apellido de origen catalán y se pronuncia tal como se escribe. Su bisabuelo fue el Sr. José Francisco Bussalleu Mora que tuvo 5 hijos con la Sra. Matilde Herrera, uno de estos hijos fue Don Alejandro Bussalleu Herrera, 1888-1953, quien fue un conocido médico ginecólogo y obstetra que trabajó en el Hospital Dos de Mayo, en la Maternidad de Lima y en el entonces recién fundado Hospital Obrero. Es por él que existe una calle que lleva su nombre.

¿A qué viene todo esto?. Como dije, el Dr. Alejandro Bussalleu era un producto predecible porque de una honorable familia era de esperar hijos honorables. Por otro lado considero que ser acogido en la ANM es la distinción más grande que un médico pueda recibir en el país, es como que la calidad de nuestra vida profesional fuera acreditada por pares que fueron y son nuestros paradigmas. Llegar a esto significa haber recorrido un buen trecho de nuestras existencias y ocurre que cuando se es incorporado en la Academia es frecuente que ya no se cuente con los padres. Don Alejandro se fue hace 12 años y Doña Carmela lo hizo hace 9 años, pero repito, que en cualquier dimensión en que se hallen, ellos sentirán que sus expectativas

fueron colmadas y estarán felices como Alejandro y su familia lo están ahora. El Dr. Alejandro Bussalleu Rivera ha sabido responder al peso de su historia familiar, él no sólo es un excelente profesional, sino también es una excelente persona, es un hombre de bien, fue buen hijo, es buen esposo y buen padre. Tan intensa y provechosa vida profesional no hubiera sido posible de no tener a su lado a una compañera que soporte tantas horas de ausencia, ellas es Patricia, cariñosamente la conocemos como Patty, quien ha sido su bastón del caminante y su reposo del guerrero en los 23 años que tienen de vida en común. Alejandro y Patricia tienen tres hijos ya logrados en la vida universitaria. Aprovecho para saludar a su hermana María a quien no veía desde hace muchos años, quien ha venido desde muy lejos con su esposo, uno de sus hijos y su niera para acompañar a Alejandro en este único momento.

Señor Presidente, señores Académicos, señores y señoras, Dr. Alejandro Bussalleu Rivera reúne todas las condiciones para ser acogido en el seno de nuestra magna institución.

Gracias por su atención.

Lectura de la Resolución de Incorporación por el Secretario Permanente AN Dr. Jorge Berríos Reiterer.

Con su venia Sr. Presidente,
Resolución N° 005-ANM-2009

Considerando:

Que el AA Sr. Dr. Alejandro Joaquín Bussalleu Rivera reúne los requisitos estatutarios y reglamentarios para ser promovido a la categoría de Académico de Número, con el informe favorable del Comité de calificaciones y premios y la aprobación de la Sesión de Gobierno del 12.12.2008 se resuelve:

Conferir al AA Sr. Dr. Alejandro Joaquín Bussalleu Rivera la categoría de Académico de Número que se le reconocerá a partir de la fecha, comuníquese y archívese.

Lima, 5 de Agosto de 2009

Firmado AN Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez, Presidente
AN Dr. Jorge Berríos Reiterer, Secretario
Permanente

Cumplido su encargo Sr. Presidente.

Palabras del Presidente de la A.N.M. AN Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez e imposición de la Medalla y entrega del Diploma correspondiente.

Muy buenas noches:

Saludo muy especial a dos familias aquí presentes, la familia del Dr. Alejandro Bussalleu que se incorpora hoy como AN de nuestra Academia y a la familia de nuestro querido Ramiro Castro de la Mata, a su esposa y abuelita. Un saludo a los señores Académicos, Ex-Presidentes, Académicos Honorarios, Eméritos, Académicos de Número, Académicos Asociados y a la distinguida concurrencia en la cual se encuentran distinguidas autoridades universitarias.

Esta es una noche más de especial significación para la ANM. En realidad todas nuestras reuniones tratan de tener un timbre que le dé de alguna manera un toque que signifique no solamente un paso importante en el ámbito académico sino además que tengan un toque emocional que haga que nuestra confraternidad, me refiero al colectivo que conformamos en la Academia, sea cada vez más consistente.

Esta noche nos reunimos para incorporar como Académico de Número al Dr. Alejandro Joaquín Bussalleu Rivera. El Dr. Oscar Pamo, con la versación que suele tener en las exposiciones que nos tiene acostumbrados a hacer, ha relevado no solamente los méritos profesionales, personales y familiares del Dr. Bussalleu, en esto último ha sido particularmente enfático, en la estirpe de la cual él es heredero, lo cual sin duda significa un mayor compromiso no solamente con su familia, con la sociedad y con la profesión que realiza y que practica, sino que también significa un compromiso con nuestra Academia. Él, desde que se incorporara como Miembro Asociado ha tenido un desempeño descollante en nuestra institución y

estamos seguros que su paso a Académico de Número hará que este desempeño sea mucho más brillante y que contribuya de mayor manera a enriquecer el prestigio de nuestra Institución.

Quiero en cumplimiento del mandato estatutario y del acuerdo que existe de la Comisión de Gobierno hacer entrega del Diploma e imponerle la Medalla correspondiente.

Bien ya tenemos al nuevo Académico de Número y el que procederá ahora al elogio al AN Dr. Ramiro Castro de la Mata y la presentación del trabajo de incorporación: "Cáncer Gástrico en el Perú. ¿Se puede cambiar su situación actual?"

Sr. Presidente de la ANM, Dr. Elías Melitón Arce Rodríguez

Sr. Secretario Permanente, Dr. Jorge Berríos Reiterer

Sr. Secretario, Dr. Humberto Guerra Allison

Señores Académicos Honorarios, Eméritos, de Número, Asociados

Autoridades Universitarias

Sra. Elsa Valdivia Vargas de Castro de la Mata

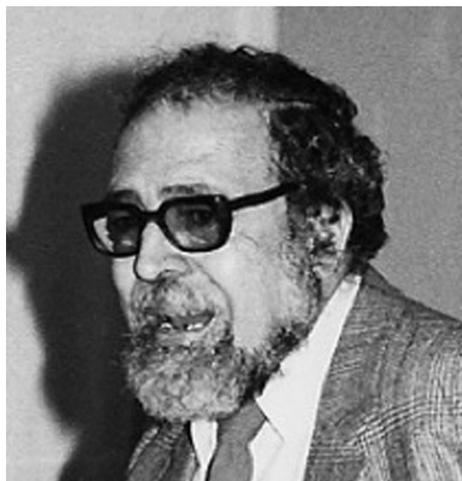
Querida familia, amigos

Tengan todos ustedes muy buenas noches, gracias a todos por estar presente en esta Sesión en que me incorporan como Académico de Número. Agradezco a los Señores Académicos que permitieron con su voto su promoción dentro de la ANM. Muchas gracias Oscar por tus palabras de presentación y por tu amistad de más de 30 años.

Voy a dar cumplimiento a los requisitos exigidos por el Estatuto de la ANM en estas ocasiones, el primero es hacer un elogio a un AN fallecido, escogido porque es promovido, promocionado y acto seguido presentar un trabajo o una propuesta relevante de mi especialidad que es la gastroenterología.

El primer encargo lo hago sintiéndome muy honrado pues se trata de hacer un elogio a un maestro universitario muy querido por los miembros de la Academia y por el claustro herediano al que yo pertenezco, voy a recordar en los siguientes 15 minutos la figura del AN Dr. Ramiro Castro de la Mata.

Elogio del Dr. Ramiro Castro de la Mata.



El Dr. Castro de la Mata lo conocí cuando yo era estudiante de Medicina y él fue uno de mis profesores en el curso de farmacología. Me impresionó su preparación, su manera de expresarse haciendo uso impecable del idioma español, el dominio de la materia que enseñaba, la precisión con que ofrecía la información, me impresionó el tipo de intervenciones que tenía, seguras, documentadas. También por sus críticas sutiles y mordaces dirigidas siempre con conocimiento de causa, a veces muy serias, en otros casos irónicas y planteadas de tal manera que dejaba perplejo y sin muchas posibilidades de respuesta al interlocutor. Era duro e intransigente cuando defendía algo que consideraba justo. Ameno y bromista en las charlas informales en las que se podía apreciar con mucha claridad su gran conocimiento de muchos tópicos, prácticamente no había discusión, tema o aspecto de la vida en que él no estuviese preparado para intervenir con mucha altura y pertinencia. Era un gran humanista con una personalidad rica y compleja y con una cultura general impresionante. Así lo veíamos los estudiantes de Medicina de esa época. Para hacer esta reseña he consultado con algunos de sus amigos, con uno de sus discípulos predilectos, el Dr. Alfonso Zavaleta, con los escritos que se han hecho sobre su persona, revisando los libros que él escribió y una entrevista que amablemente me concedió su querida esposa.

Él nació en Huánuco el 5 de setiembre de 1931 y falleció en Lima el 27 de diciembre de 2006. Tuvo como padres

al Sr. Belisario Castro de la Mata y a Doña Rosa Caamaño, personajes muy connotados y respetados de la ciudad de Huánuco. Inició sus estudios primarios en la ciudad natal y al trasladarse la familia a Lima continuó su educación primaria y secundaria en el Colegio Guadalupe. Fue el menor de sus hermanos, Olga médico patólogo, Renato psiquiatra y Rodrigo cirujano pediatra cardiovascular.

En el año 1948 ingresó a la UNMSM donde estudió primero Ciencias y luego Medicina. Obtuvo su Bachillerato en Medicina en el año 1956 y el título de Médico Cirujano en 1957. Se inicia en el campo de la farmacología en el año de 1951, siendo estudiante de Medicina en el Instituto de Farmacología de San Marcos bajo la tutela de los doctores Homero Augusto Campos y Carlos Gutiérrez Noriega. Este último, se comenta, fue el padre de la Farmacología Peruana.

Se inició muy temprano en la carrera docente siendo discípulo de Don Vicente Zapata Ortíz, ingresa a la docencia en San Marcos en el año 53 en calidad de ayudante de práctica, cargo que ejerce hasta el año 56, del 57 al 58 fue jefe de práctica y a partir del 58 hasta el año 61 fue profesor auxiliar.

En el año 1960, ya casado con doña Elsa Valdivia Vargas, gana la beca Research Fellow y viaja a los EE. UU. donde se especializa en el Dpto. de Farmacología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pensilvania, siendo alumno predilecto del Dr. Domingo Aviado, eminente farmacólogo de la época. Ya titulado de farmacólogo por la Universidad de Pensilvania, en el año 61 retorna al Perú, incorporándose como profesor auxiliar a la naciente Universidad Cayetano Heredia. Luego es promovido a profesor asociado entre el año 63 y 67, y profesor principal durante el 67 al 2001. Es nombrado Profesor Emérito en el año 2002. Obtuvo el Doctorado en Medicina en el año 70 en la UPCH.

La parte más destacada de su vida académica la desarrolló en Cayetano Heredia de la que fue uno de sus fundadores. En ella, además de haber sido un destacado catedrático, ocupó los cargos de presidente de la Comisión de Ingresos, director de Investigación Científica, jefe del Departamento de Ciencias Fisiológicas, jefe de la Oficina de Planificación, director del Servicio de Control de Calidad, vicerrector académico del 84 al 89.

Fuera de la Universidad fue muy conocido en diferentes ámbitos, fue miembro del Consejo Nacional de Investigación, director de la Oficina de Asuntos Científicos y miembro del Comité Directivo de CONCYTEC. Fue miembro fundador y presidente en dos periodos de la Sociedad Peruana de Farmacología y Terapéutica Experimental, miembro fundador de la Sociedad Peruana de Ciencias Fisiológicas, presidente de la Academia Nacional de Ciencias, miembro de la Academia Nacional de Historia y Académico de Número de la Academia Nacional de Medicina.

Desde sus épocas de estudiante ingresa a trabajar en el Laboratorio Sanitas en el Laboratorio de Control de Calidad donde desarrolla una importante actividad. En 1962 es designado jefe del Departamento de Investigación y Control de Fármacos de ese Instituto, cargo que ostentaría hasta el año 73.

Es importante mencionar la vocación interdisciplinaria que animó el quehacer científico del Dr. Castro de la Mata, es así que en el año de 1986 se reúne con un grupo de profesionales de diversas especialidades para fundar el Centro de Información y Educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO), del cual fue su primer presidente y en donde hizo el primer estudio epidemiológico nacional del consumo de drogas.

Recibió numerosas distinciones a lo largo de su carrera por su labor en investigación docencia y servicio, mención honrosa en el Premio Hipólito Unanue en el año 70, Premio Russell en el año 83, Premio Alberto Hurtado en el año 98, Condecoración de la Orden Cayetano Heredia en el grado de Comendador en el 97, Medalla del Colegio Médico del Perú en el año 99 y en el año 2006. En el año 96 recibe el premio nacional COSAPI a la innovación por su participación en la creación de CEDRO, por el desarrollo de laboratorios de control de calidad a nivel nacional, por su labor de investigación por la capacidad de aplicación de la obra innovadora y la difusión social de la misma, por su potencial innovador en beneficio de los sectores mayoritarios de la población y por su valor ético y su trascendencia en la sociedad.

Publicó 9 libros, 30 artículos en revistas nacionales y 15 en revistas extranjeras. En el año 2003 publica una obra

fundamental en su campo: "Inventario de la Coca". En ese libro a partir de una concienzuda revisión bibliográfica y el uso intensivo de fuentes históricas, Castro de la Mata traza la evolución del empleo de la coca en los Andes, desde las épocas más antiguas hasta los siglos XIX y XX. A lo largo de sus 6 capítulos expone los aspectos botánicos de la planta, la evidencia arqueológica, la coca y el descubrimiento de América, la coca y las primeras noticias sobre el Perú, la coca en las crónicas de los siglos XVI y XVII, los estudios emprendidos en los siglos XVIII y XIX y la aparición de la cocaína a fines del siglo XIX, así como sus usos en la Medicina y la industria. Esta obra constituye un estudio serio, exhaustivo en su investigación y sumamente interesante en el análisis de un testimonio de nuestra cultura que hoy se ha transformado por su uso indebido en un grave problema a nuestra sociedad.

El Dr. Castro de la Mata entregaría también un sugestivo trabajo sobre la coca en la obra de Huamán Poma de Ayala. Le sobreviven su esposa doña Elsa Valdivia Vargas, profesora de matemáticas, Doctora en Educación con mención en Matemáticas, graduada en la UNMSM, sus tres hijos y seis nietos. Sus hijos recuerdan con emoción la personalidad creativa, ingeniosa y de liderazgo que tenía su padre. Sus hijos son Mariana, arquitecta, con doctorado en Diseño por computación de la Universidad de Pittsburg y reside en Maryland; Gonzalo, biólogo graduado de la UPCH con doctorado en Biología de la Universidad de Pensilvania, que reside en Washington; y Alonso, graduado de Químico de la UPCH con doctorado en Química por la Universidad de Columbia de Nueva York y reside en Santa Fe, EE.UU.

Sus grandes amigos, según me cuenta su esposa en la Universidad fueron muchos, pero se acordaba especialmente de don Enrique Fernández Enríquez al que siempre lo trataba el Dr. Castro de la Mata como Dr. Fernández o don Enrique. El Dr. Enrique Fernández lo llamaba amiguito. José Gálvez Brandon, otro de sus grandes amigos, Lucho Bonavilla, Alberto Cazorla, el Dr. Monge Cassinelli, Leopoldo Chiappo y Mariano Querol.

Influyen en su formación Alberto Guzmán Barrón, Carlos Gutierrez Noriega y Darío Acevedo y el Dr. Vicente Zapata Ortíz fue su maestro, guía y tutor.

Sus discípulos recordados, queridos por él, la químico farmacéutico María Salas y Alfonso Zavaleta Martínez Vargas.

En Ramiro Castro de la Mata hay que destacar al científico pulcro y exigente, hay que destacar su gran preocupación y conocimiento sobre la Educación Universitaria, brillante farmacólogo, conocía profundamente de farmacología y de una manera excepcional de los fármacos que producían dependencia y muchos de los cuales él analiza y observa a nivel experimental, esto lo llevó a desarrollar una reconocida acción social fuera del ámbito universitario en CEDRO, como ya les comenté, para crear una conciencia de los verdaderos peligros que representan las drogas sobre todo para la juventud y la necesidad de llevar a cabo campañas para detenerlas y desterrarlas.

En el campo médico sus aportes fundamentales han sido el estudio del sistema nervioso vegetativo y de la circulación bronquial y en una serie de problemas farmacológicos relacionados con la adaptación del hombre a la altura.

Otros aspectos de su personalidad: Lector empedernido, amplio conocimiento en el manejo de la computación, conocía casi todos los programas a fondo que habían en su época y él creaba los suyos, estaba orgulloso de tener un título de técnico de ensamblaje obtenido en Wilson, fanático de la serie de viaje a las estrellas, una serie muy popular, tuvo una pasión por los grabados antiguos y ha dejado una colección envidiable de ellos en su biblioteca. Coleccionista y conocedor de libros antiguos en especial vinculados con aspectos históricos sobre la coca. Escribió una serie de artículos en El Dominical de El Comercio, dignos de ser leídos. La Historia Universal y del Perú fueron sus pasiones. Gran conocedor de la Estadística, Biometría y Demografía Médica. Tuvo mucho interés en arqueología, para poder rastrear los problemas relacionados con el uso de la coca en el Antiguo Perú, revisó las colecciones cerámicas de los museos y sobre este tema él acumuló una información inédita, valiosa, que en algunos aspectos contradice las interpretaciones que hicieran otros especialistas. Se interesó por la Antropología Física, dictó el curso Historia del Hombre en la Universidad, era un enamorado de la zarzuela, le gustaba el ajedrez y coleccionaba tableros, aficionado al cine, le gustaba la jardinería y sabía exactamente en

qué medio debía estar cada planta y conocía los nombres científicos de cada una de ellas.

Ramiro Castro de la Mata fue fundador de la UPCH, dedicó gran parte de su vida a la parte académica y administrativa de la misma, un pilar de la institución y le debemos los Heredianos cariño, respeto y admiración. Un hombre de bien que vivió dedicado a la ciencia que sin haber sido historiador de profesión conocía la materia como pocos, que luchó con una entrega digna de admiración con este mal que asola nuestra sociedad que son las drogas y los que tuvieron el privilegio de ser sus amigos, no podrán olvidar su ánimo siempre dispuesto a ayudar económicamente, sus agradables conversaciones, su crítica penetrante pero siempre constructiva y sus frases irónicas que lo caracterizaban. Castro de la Mata proyectó su ciencia, su erudición y su sabiduría a la sociedad en que vivía, trascendiendo ampliamente el natural medio académico que por profesión y tarea le era propio. Será siempre recordado como un gran hombre, bueno, amigo leal, honesto, consecuente y de mucha valía intelectual.

Inmediatamente voy a pasar al segundo encargo que es la presentación del trabajo sobre mi especialidad: Cáncer Gástrico en el Perú. ¿Se puede cambiar su situación actual?

Pretendo en los siguientes 30 minutos hacer una revisión actual del cáncer gástrico en el Perú, comentar algunos factores de riesgo conocidos para esta entidad y proponer algunas acciones que se podrían tomar para mejorar esta situación.

Presentación del trabajo de incorporación: Cáncer gástrico en el Perú.

El cáncer gástrico temprano, algunos lo llaman incipiente, precoz, es decir aquel que no ha llegado a tomar la capa muscular del estómago, se diagnostica en el Perú en sólo 5 de cada 100 pacientes con cáncer gástrico, es decir el 95% se diagnostica como cáncer gástrico avanzado, significa que llegó a la muscular o la sobrepasó y estos pacientes tienen un pronóstico muy pobre, en que muy poco o nada se puede hacer para ayudarlos, muchos de ellos ya tienen metástasis a distancia, carcinomatosis, están consuntivos y la mortalidad es muy alta y a corto

plazo, en cambio si se tratara de un cáncer temprano como el que vemos en la diapositiva, con tratamiento quirúrgico adecuado, la sobrevida a 5 años es muy buena, 85% aproximadamente. En el Japón, el 60% de los individuos con cáncer gástrico se detecta en fase temprana y esto es posible porque se hacen endoscopías en sujetos asintomáticos a través de campañas de despistaje masivos muy bien organizados en fábricas, municipalidades, comunidades agrícolas, etc. En el Perú, las endoscopías las hacemos en sujetos sintomáticos y no hacemos despistajes, he allí la gran diferencia.

Este es un cáncer gástrico avanzado, ha llegado a la capa muscular del estómago o la ha sobrepasado, se caracteriza por tener lesiones grandes, ulceradas o lesiones protruidas que obstruyen el húmero del estómago o que sangran como en este caso, o lesiones mixtas. Esta es la imagen que solemos ver con mayor frecuencia los gastroenterólogos en el Perú y que nos produce mucha frustración, pues sabemos del pobre pronóstico que tienen estos pacientes.

Aquí tenemos algo más de información sobre cáncer gástrico en el Perú:

- 1- Es el más frecuente en varones, se pelean el primer puesto con cáncer de próstata, y el tercero en mujeres, sin embargo
- 2- Es la primera causa de mortalidad asociada a cáncer en ambos sexos, y es porque se diagnostica en fase avanzada.
- 3- La edad promedio en que se hace el diagnóstico es por encima de los 60 años.
- 4- La mayoría se ubica en el antro del estómago, la parte más distal y es de tipo intestinal, según una de las clasificaciones para cáncer gástrico.
- 5- Se asocia a bajos niveles de escolaridad, es decir a pobreza. Los pobres tienen más cáncer gástrico
- 6- Se relaciona también a la alta prevalencia de infecciones por *Helicobacter pylori*, que se presenta también en pacientes de nivel socio económico bajo.
- 7- El cáncer gástrico se asocia también a otros factores de riesgo conocidos como el consumo excesivo de sal, charqui, comida preservada con sal o ahumada y al bajo consumo de vegetales frescos y frutas.

Desde hace ya algún tiempo ha quedado ya claramente establecida por estudios epidemiológicos hechos en

todo el mundo la relación que existe entre la infección por *Helicobacter pylori* y el cáncer gástrico.

La Organización Mundial de la Salud considera al *Helicobacter pylori* como un carcinógeno del grupo 1, es decir, existe clara evidencia del papel que juega en la producción de cáncer de estómago.

¿Cómo es que lo hace?

Hay una propuesta que muchos ya la aceptan como válida en el mundo y que fue por primera vez presentada por el Dr. Raúl León Barúa y su grupo de estudio y publicada en el año 1991 y que se denomina la cascada pre-cancerosa, que veremos luego; sin embargo, hay que hacer un comentario en este punto.

Hay algunos países como por ejemplo Bangladesh, Paquistán, que tienen altas prevalencias de infección por *Helicobacter* pero tienen bajas prevalencias de cáncer gástrico. Para explicar se propone en los consensos mundiales que hay factores que detienen o que hacen más lenta esta cascada pre-cancerosa que veremos luego, por factores intrínsecos del huésped: es decir, del que sufre la infección, y probablemente por el tipo de cepa del *Helicobacter*, hay algunas cepas que son más agresivas, más virulentas que otras, y en otros por factores ambientales. Esa es la teoría que probablemente más nos gusta aceptar, fundamentalmente factores protectores que están en la dieta, que protegen al individuo o hacen que esta cascada sea más lenta o se detenga en algún punto y por eso en estos países a pesar de tener tanto *Helicobacter* se ve poco cáncer gástrico. Aquí vemos al *Helicobacter*, se ven esos puntitos negros en la superficie de la mucosa gástrica, esta es una tinción especial de plata que se llama Whartin-Starry y los vemos en la parte superficial, muy cerca al moco, allí es donde le gusta al *Helicobacter pylori* habitar.

Aquí vemos en la parte superficial el daño mucinoso de la lámina propia del estómago y ven la capa de moco, que es una barrera protectora que está en el estómago, empieza a atacarla y esta vendría a ser la primera etapa de esta cascada que fue propuesta por Raúl León Barúa y sus colaboradores y que produce una reacción inflamatoria importante. Hay aparición de folículos linfoides en esta zona. Cuando un patólogo ve un folículo linfoide de esta naturaleza ya está sospechando que debe haber

Helicobacter pylori en algún lado. La inflamación puede estar por mucho tiempo en la mitad superior de la lámina propia, es decir, estamos frente a una gastritis superficial, característicamente hay muchos polimorfonucleares, muchos leucocitos, que se le denomina actividad y alguno de ustedes que podrían haber tenido una biopsia gástrica pueden leer términos como gastritis superficial con actividad leve, moderada, severa, dependiendo de la densidad de polimorfonucleares que existen en la lámina propia.

Aquí vemos la presencia de los polimorfonucleares en la lámina propia. ¿Cuánto tiempo después de adquirida la infección puede quedar la inflamación sólo en la parte superficial? No se sabe con exactitud. ¿Qué factores hacen que cada etapa sea muy lenta o que progrese muy rápidamente? Tampoco lo sabemos con exactitud. Como ya se mencionó, probablemente está en relación a factores del huésped, a factores del *Helicobacter pylori* y a factores fundamentalmente protectores en la dieta. Posteriormente, esta inflamación, que en un principio estuvo en la superficie, probablemente después de algunos años empieza a aparecer en toda la lámina propia y se hace profunda, como venos acá, es decir la toma en su integridad. Se produce con el tiempo atrofia, es decir empieza a desaparecer progresivamente la mucosa normal del estómago y esta es reemplazada por un tejido que no es propio del estómago, de un estómago sano, es una mucosa de tipo intestinal a la que se denomina metaplasia intestinal, que puede ser incompleta, como es en este caso, que remeda a la mucosa que se ve en el colon o puede ser una metaplasia intestinal completa que remeda a la que vemos en el intestino delgado.

Una vez que están establecidas la atrofia y la metaplasia intestinal, hay un riesgo incrementado para que se produzca cáncer y este cáncer se desarrolla a través de la displasia. De la displasia a la neoplasia hay un trecho muy corto; es decir, esta displasia es la etapa final de esta cascada pre-cancerosa que definitivamente no se produce en toda su extensión en todos los que tienen la infección sino en algunos de ellos.

En esta publicación de Drugs de 1993 (¿Puede la erradicación de Hp prevenir el cáncer gástrico?- León Barúa) está descrita la cascada de acontecimientos paso por paso, que se inicia con la infección por *Helicobacter*,

posteriormente la gastritis superficial activa, después se hace profunda, después atrófica, metaplasia intestinal, displasia y cáncer. Ya en la etapa de atrofia el *Helicobacter* no está presente en la mucosa, le gusta estar en mucosas no tan comprometidas y migra hacia éstas. También postuló Raúl León Barúa que esto puede estar modulado por factores nutricionales u otros que dependen de la bacteria y el huésped como ya lo he mencionado.

¿Cuánto tiempo toma en producirse esta cascada? Aparentemente cuanto más temprana en la vida se adquiere la infección probablemente exista más posibilidad que avance esta cascada de acontecimientos cuando uno llega a la edad adulta.

¿Cómo detener o revertir esta cascada? No lo sabemos con certeza. Una manera podría ser a través de la erradicación de la bacteria con tratamientos antibióticos. Otra posible sería dando suplementos de antioxidantes, vitamina C, ingiriendo vegetales frescos, no agrediendo más a la mucosa con alimentos excesivamente salados; sin embargo, con exactitud no lo sabemos.

Algunos datos más sobre este proceso:

- 1- 40 a 50% de los sujetos infectados con *Helicobacter pylori* desarrollan atrofia o metaplasia intestinal.
- 2- Es sumamente raro que esto ocurra en aquellos no infectados
- 3- Los que tienen la atrofia o la metaplasia intestinal ya establecida, tienen 5 a 90 veces, dependiendo de las series, más riesgo para desarrollar cáncer gástrico
- 4- Si el tiempo de infección es más de 15 años, el riesgo se incrementa. Pero recordemos que no todos los infectados desarrollan atrofia o metaplasia intestinal, y que no todos los que ya tienen una atrofia o metaplasia intestinal desarrollarán un cáncer gástrico.

Uemura, un investigador japonés, es más enfático y dice:

- 1- El cáncer gástrico se presenta en personas infectadas con *Helicobacter pylori*, pero nunca en no infectados. (contundente, así tampoco puede ser uno en Medicina, sin embargo, es un investigador muy reconocido en Japón y él atribuye

mucha fuerza a la presencia del *Helicobacter* en el cáncer).

- 2- Aquellos con atrofia gástrica severa o metaplasia intestinal están en riesgo incrementado.

Hunt menciona que el *Helicobacter pylori* es un patógeno carcinógeno sin duda, pero sólo una minoría de aquellos infectados desarrollará el cáncer (Hunt RH. *Aliment Pharmacol Ther* 2001)

Para algunos investigadores, entonces, una erradicación masiva a toda la población que tiene infección por *Helicobacter* sería un objetivo deseable, pues sin gastritis por *Helicobacter* tanto la atrofia gástrica y la metaplasia intestinal serían extremadamente raras, y por lo tanto la oportunidad de desarrollar cáncer sería prácticamente nula. Pero, la situación no es así de sencilla.

Wong en su publicación en el JAMA (Wong BC et al. JAMA 2004) dice:

- 1- El resultado final del estudio de erradicación en China no ha demostrado una real reducción en la incidencia de cáncer, que es lo que se buscaba.
- 2- Puede ser que la erradicación sea muy tarde para aquellos que ya han desarrollado lesiones pre-malignas, o sea atrofia o metaplasia intestinal.

Sin embargo hay otros investigadores. Unos colombianos: Correa, Ruiz y Mera, que evalúan muchos pacientes, ellos postulan que si uno da tratamiento de erradicación del *Helicobacter*, la metaplasia intestinal y la atrofia gástrica pueden revertir después de algunos años. Ellos sugieren que después de la erradicación lo que hay que dar es una dieta con muy poco contenido de sal, una dieta rica en antioxidantes, vitamina C, vegetales y frutas. Esto es sumamente interesante. Nosotros en Cayetano Heredia realmente no lo hemos podido observar, pero por otro lado hay que admitir, nunca hicimos un estudio destinado o enfocado a este punto.

Interesantemente, en el grupo del Dr. Raúl León Barúa, Recavarren y Ramírez Ramos, ellos han observado que inclusive la displasia puede revertir, puede regresionar luego de la erradicación de la bacteria.

Los autores Maisson y Parsonnet están a favor de la detección de la infección y dar tratamiento a aquellos que tienen la infección, dicen:

Mason J et al. Aliment Pharmacol Ther 2002: Modelos económicos sugieren que el despistaje y tratamiento del Helicobacter Pylori en la población general son costos efectivos.

Parsonnet J et al. Lancet 1996: Despistaje y tratamiento de la infección por Helicobacter pylori es potencialmente costo-efectivo en la prevención del cáncer gástrico, particularmente en poblaciones de alto riesgo como los japoneses americanos.

Pero hay sus reservas u objeciones, como todo en Medicina, y los que no están de acuerdo con la erradicación masiva dicen: Son pocos los individuos infectados que desarrollarán un cáncer gástrico en sus vidas. Por más que estén infectados no sabemos con exactitud si algún día desarrollarán un cáncer; por lo tanto, estaríamos dando tratamiento a muchos innecesariamente. Por otro lado, el tratamiento debe ser administrado por 10 a 14 días con OAC (omeprazol, amoxicilina y claritromicina) para obtener más del 90% de éxito, esto a nivel individual ya es muy caro y sería muy costoso darlo a grandes poblaciones, pero no sólo está el costo sino los eventos adversos, y esto podría tener más mortalidad cuando se da a grandes poblaciones y podríamos tener más muertos que lo que estaríamos tratando de evitar al no presentarse el cáncer gástrico. Y, si usáramos antibióticos menos caros como el FBT (la furazolidona, el bismuto, la tetraciclina), los eventos adversos son más frecuentes todavía. Además, aún con la evidencia sumamente interesante que les acabo de mencionar de los investigadores colombianos, muchos cuestionan si realmente existe la regresión de la atrofia o de la metaplasia intestinal. Por otro lado, no tenemos claro a quiénes deberíamos dar tratamiento, a los niños, a los jóvenes, a los adultos antes de los 60 años, nadie sabe con exactitud esta respuesta. Pero hay más, está el tema de la resistencia que cada vez es mayor. La reinfección, en el Hospital Cayetano Heredia la hemos observado en 4.5% en el primer año en áreas urbanas y pareciera ser mayor en área rural. Un poco menor al segundo año, pero está en esos niveles. El Dr. Alberto Ramírez Ramos, en pacientes de nivel socio económico bajo, en áreas urbano marginales y en áreas rurales, ha observado que esta reinfección es aún mayor.

Por otro lado, no creo que ningún ministro de Salud no

aceptaría esta propuesta de erradicación tan costosa, cuando en el Perú existen problemas de salud graves aún no resueltos: alta mortalidad por tuberculosis multidrogorresistentes, mortalidad por desnutrición, mortalidad infantil y materna aún elevadas, problemas respiratorios y mortalidad en zonas de clima frío, paludismo, dengue y otras enfermedades infecciosas.

Podría la erradicación ser una alternativa para países desarrollados con alta prevalencia de Helicobacter pylori y cáncer gástrico. Pero creo que es un objetivo poco realista para el Perú por ahora.

Regresemos ahora al tema de cómo cambiar la situación actual del cáncer gástrico: No hay otra manera para hacer el diagnóstico de cáncer gástrico en fase temprana que tiene un buen pronóstico cuando es apropiadamente tratado, es decir, quirúrgicamente, que el despistaje endoscópico masivo en sujetos asintomáticos.

El despistaje endoscópico masivo ha sido relativamente exitoso en Japón pero es un método invasivo y no es muy aceptable para la mayoría de sujetos sin síntomas. Se requiere además de mucha y buena infraestructura y de personal calificado.

La serie más grande de cáncer gástrico temprano incipiente en el Perú la tiene el Dr. Hernán Espejo cuando hizo despistaje masivo por algunos años en los Hospitales de EsSalud en población asintomática. Reunió muchos casos, sin embargo, no fue posible continuar con él por problemas logísticos y era muy demandante para el poco personal que se disponía, pero demostró una cosa sumamente interesante, que en el Perú también la única manera de hacer diagnóstico de cáncer temprano es haciendo despistaje endoscópico en asintomáticos.

El Dr. Riecken (B Riecken et al. Preventive Medicine 2002) a pesar de haber realizado despistaje endoscópico repetido a una importante población (4,394 sujetos) que tenía edad entre los 35 y 64 años, no observó una reducción en la mortalidad por cáncer gástrico en población de alto riesgo en la China, en la ciudad de Linqu. Cada uno de estos sujetos tuvo tres endoscopías con un intervalo entre ellas de cinco años (1989-1994-1999). Ellos mismos dicen: "Probablemente porque los intervalos de despistaje eran muy amplios". Tal vez lo

mejor hubiese sido hacerlo cada tres años”.

Inaba S et al, Preventive Medicine 1999, tampoco estuvo en la capacidad de demostrar en su estudio una gran contribución para disminuir la mortalidad con cáncer gástrico en Japón. Nuevamente los intervalos fueron muy amplios.

Dan YY et al, Clin GE and Hepatology 2006, usando el modelo de Markov para despistaje de grupo de alto riesgo en chinos de Singapur dice que resulta altamente beneficioso (costo-efectivo).

Hay otros tres autores: Mizoue T et (Int J Cáncer 2003), Kawai K (GIE 1998) y Fukao A (Int J Cáncer 1995) son autores del despistaje endoscópico, ellos encontraron:

- 1- Una mayor reducción en el riesgo de muerte por cáncer gástrico por el despistaje endoscópico que sin él.
- 2- El despistaje masivo para cáncer gástrico es costo-efectivo (beneficioso).
- 3- Hay una reducción sostenida en la mortalidad por cáncer gástrico en más del 50% en los que hacen despistaje versus los que no lo hacen.

Dan YY et al (Clin GE and Hepatology 2006) dice:

- 1- En la ausencia de despistaje los pacientes se presentan con enfermedad avanzada, el pronóstico es pobre.
- 2- El despistaje para cáncer gástrico en población de moderado a alto riesgo es costo efectivo.
- 3- Hay que establecer estrategias en cada país de acuerdo a sus posibilidades para definir a qué grupos seleccionados someter a endoscopías periódicas para su estudio.

El despistaje endoscópico es una gran alternativa pero no podemos hacerla a toda la población sino debe ser focalizada. Para evitar grandes costos que lo hagan no viable, debe ser realizada sólo a grupos de alto riesgo, es decir aquellos sujetos que tienen lesiones pre malignas ya establecidas; es decir, atrofia y metaplasia intestinal. Pero, cómo puedo saber si un individuo tiene atrofia o metaplasia intestinal si no hemos realizado una endoscopia. Y aquí viene la gran contribución de Miki K et al (AJG 2003, UEGW 2005) encontraron que sí es posible hacer una detección indirecta de atrofia a

través de una muestra de sangre, es decir a través de un método no invasivo.

Tanto Miki como este autor Watabe H et al (Gut 2005) concluyen con estudios grandes que sí es posible detectar la atrofia con el dosaje de pepsinógenos I y II (séricos) en sangre que son sustancias que se producen en la mucosa gástrica y que pasan al torrente sanguíneo (son buenos marcadores predictivos para el desarrollo de cáncer), cuando hay atrofia disminuye el pepsinógeno 1 menor o igual a 70 nanogramos (ng) por mililitro (ml) y la relación pepsinógeno I a II es menor o igual a 3. Esto predice la presencia de atrofia gástrica. A esto lo llaman estos autores patrón serológico de atrofia. Señalan que los grupos de super alto riesgo son los atróficos mayores de 60 años.

Otros grupos de investigadores consideran que se puede mejorar la sensibilidad y especificidad (utilidad) si agregamos a los pepsinógenos séricos el dosaje de gastrina, que aumenta en los casos de atrofia gástrica. La determinación en suero de estas 3 sustancias se ha hecho muy popular últimamente en estudios epidemiológicos para determinar gastritis atrófica. Una vez que están bien identificados estos individuos, a ellos y sólo a ellos se le hará una evaluación endoscópica, se les tomará biopsias y si conformamos la atrofia, que se supone debe ser así, los someteríamos a un programa de endoscopías periódicas.

El primer cuadro de trabajo de Watabe separa en cuatro grupos a 6983 individuos, dependiendo de su status de pepsinógeno sérico y de anticuerpos ante *H. pylori*. En el Grupo A y B tienen el patrón de pepsinógeno normal, es decir no tienen atrofia, serológicamente hablando, y si tienen atrofia los Grupos C y D. El status de *Helicobacter* en Grupo A es negativo, en el Grupo B es positivo, en el Grupo C es positivo y en el Grupo D negativo. Pero lo importante es que a todos ellos se les hace endoscopías periódicas cada año. Vemos que en el Grupo A y B la incidencia anual de cáncer gástrico era de 0.04 en el Grupo A, 0.06 en el Grupo B, pero en aquellos del Grupo C y D, que serológicamente tenían atrofia y que se les hacía endoscopia para constatar la presencia de la atrofia y de cáncer gástrico, tenían una incidencia anual de 0.35 en el Grupo C y 0.60 en el Grupo D, significativamente mayor que los del Grupo A y B. Hicieron algo más, dividieron a estos cuatro grupos por edades, mayores de 60 años

y menores de 60 años, donde vemos que si el patrón de atrofia era normal (Grupos A y B) y eran menores de 60 años, la posibilidad de desarrollar cáncer era prácticamente cero, pero si era mayor de 60 años y tenía un patrón serológico de atrofia (Grupos C y D), el cáncer gástrico se presentaba significativamente más respecto a los que tenían normal. Sumamente interesante este trabajo de Watabe.

Inmediatamente que conoció estos trabajos, el Dr. Antonio Rollán, en Chile, excelente investigador de la Universidad Católica, inmediatamente tomó la posta respecto de este método no invasivo para detectar atrofia de la mucosa gástrica y ha replicado (validado o practicado) este estudio en su país, que lo publicó el año pasado y ha validado el método para Chile con estos valores:

- 1- Prostaglandina I menos de 61.5 ug/l
- 2- La relación prostaglandina I a II menos de 2.2 y
- 3- Gastrina 17 más de 13 pmol/l (picomoles por litro)
- 4- Esto da una especificidad muy alta (91 a 100%) y
- 5- Una sensibilidad regular (56 a 78%) para atrofia gástrica

Rollán propone dividir a la población mayor de 60 años en Chile en tres grupos, dependiendo de su patrón de atrofia en base a los pepsinógenos y a la gastrina y de la serología para Hp, y dice:

Aquellos en bajo riesgo, son los que tienen Hp negativo y atrofia negativa. A estos ni tocarlos, ni sugerirles siquiera una endoscopia.

Los de riesgo moderado son aquellos que tienen Hp positivo (Helicobacter positivo) y atrofia negativa. A estos si sería bueno darles tratamiento anti Helicobacter. Y, el grupo de alto riesgo es aquel que tienen Hp positivo o negativo pero que tienen ya atrofia positiva. Sólo a este tercer grupo deberíamos hacerle endoscopia, si tiene Hp positivo hay que obviamente darle tratamiento anti Helicobacter.

Entonces, debemos focalizar o concentrar la endoscopia a los mayores de 60 años y que tienen patrón serológico de atrofia positiva, sólo a ellos hacerles endoscopia (grupo de alto riesgo), se ahorraría significativas cantidades de dinero y se espera que tenga un impacto importante para detectar casos de cáncer gástrico incipiente (temprano). Ya esta es una

propuesta presentada a las autoridades de salud y la están evaluando para ver si la aplican en los próximos años en todo Chile.

¿Cuál es la situación en el Perú?

En el Perú tenemos 427 gastroenterólogos en el Registro Nacional de Especialistas (RNE) concentrados en Lima y en ciudades importantes como Arequipa, Trujillo, Chiclayo, Ica. Disponemos de 131 centros endoscópicos, sólo algunos bien equipados, la mayoría no está en buenas condiciones. El acceso a la salud en áreas rurales no es bueno. Existe aún mucha población excluida. Todo esto dificulta la aplicación de estrategias a nivel nacional. Deberíamos considerar seriamente la estrategia de hacer endoscopías a grupos de alto riesgo mayores de 60 años, como lo considera Rollán en Chile, y le agregaríamos al grupo de alto riesgo la característica de que sean de nivel socio-económico bajo.

Independientemente de lo comentado hay algunas buenas noticias:

- 1- La prevalencia de cáncer gástrico ha disminuido discretamente en Lima en las últimas décadas. En diferentes niveles socioeconómicos y grupos de edad, independientemente del género.
- 2- La prevalencia de infección por H. pylori ha disminuido en Lima
- 3- La prevalencia de metaplasia intestinal y atrofia ha disminuido en Lima igualmente.

Este estudio fue hecho por un grupo de investigadores que lo lideró el Dr. Ramírez Ramos y ha sido ya publicado en una revista extranjera.

Estas son las buenas noticias, que estamos disminuyendo pero no estamos haciendo nada activo para hacer un cambio en la situación de cáncer gástrico. Estos son nuestros pacientes en el hospital, gente humilde que a veces no tiene dinero para pagar una endoscopia o una biopsia, sin embargo, tenemos esta gran ilusión, que con el acceso de estas personas, acceso universal a la salud y a los Programas SIS, esta situación irá cambiando.

¿Qué podríamos hacer en el Perú?

- 1- Esperemos que la curva de declinación de la infección por H. pylori y del cáncer gástrico siga ocurriendo.
- 2- Ojalá que tengamos una vacuna efectiva anti H.

- pylori, segura, fácil de administrar y barata, pero la estamos esperando hace 20 años y no llega.
- 3- Deberíamos hacer un esfuerzo y explorar el costo-efectividad estimado para las diferentes estrategias, sobre todo la de las endoscopías a los de alto riesgo en individuos de nivel socio económico bajo.
 - 4- Debemos pelear en el lugar en que estemos para mejorar los estándares de vida y los estándares de atención a nuestros pacientes y luchar para lograr que el Estado aumente el presupuesto en salud. Nuestros vecinos quintuplican nuestro presupuesto en salud.
 - 5- Como medidas de salud pública: sugerir modificaciones en la dieta, dietas más saludables que se pueden hacer a través de campañas bien montadas.

Como médicos que trabajamos en hospitales universitarios, ¿qué deberíamos hacer en el Perú?

- 1- Más investigación en las áreas rurales. Hacer un mapa epidemiológico del cáncer gástrico en el Perú. Estudiar poblaciones urbanas, comparar con lo que ocurre a nivel rural y también deberíamos estudiar a las colonias peruanas en el extranjero para ver cómo es el comportamiento del cáncer gástrico. En Nueva Jersey hay grandes comunidades, en Madrid, en Tokio, en Santiago. Deberíamos ver si hay un cambio en el patrón del cáncer gástrico en estas comunidades de peruanos.
- 2- Deberíamos hacer un gran protocolo multicéntrico para validar el test de pepsinógenos 1 y 2 y gastrina, serológicos para H. pylori como un indicador no invasivo de atrofia gástrica, como ya lo ha hecho Rollán en Chile. Algo estamos haciendo con el Dr. León Barúa, con los médicos gastroenterólogos del Hospital Nacional Cayetano Heredia y el Dr. Prochatzka y también la gente de Ciencias.
- 3- Dar tratamientos adecuados si el H. pylori es detectado y una vez erradicado deberíamos sugerir a nuestros pacientes suplementos con antioxidantes y modificar las dietas si estas no son saludable. Hacer un seguimiento adecuado de pacientes con metaplasia intestinal y atrofia. No dejarlos tan sueltos y proponerles endoscopías periódicas, tal vez cada tres años.
- 4- Brindar buena información sobre el tema a la población en general y estimularla a que se hagan endoscopías llegados los 60 años o el test de pepsinógenos y gastrina si ya lo tuviésemos validado dentro de poco.
- 5- La Sociedad de Gastroenterología del Perú debería hacer un consenso en el manejo de infección por H. pylori y definir propuestas o estrategias para elevarlas a las autoridades de salud con la intención de cambiar la situación todavía triste del cáncer gástrico en el Perú.

Muchas gracias