

Pérdidas de salud asociadas al correcto e incorrecto diagnóstico y tratamiento en enfermedades cardiovasculares

AA Dr. Rafael Doig Bernuy.

La población mundial mantiene un crecimiento importante debido al incremento en la esperanza de vida al nacer. Ello condiciona un incremento en la proporción de individuos de mayor edad, con factores de riesgo y/o enfermedades cardiovasculares.^{1,2}

Las enfermedades cardiovasculares a nivel mundial tienen una carga importante en términos de salud. Para el año 2015 se estimaron 17,921 muertes por causas cardiovasculares con un crecimiento del 12.5% con relación a la década anterior. Debemos precisar que este crecimiento ha ocurrido tanto en países con economías desarrolladas como en países de medianos ingresos o de bajos ingresos.^{1,2}

Adicionalmente sabemos que las enfermedades cardiovasculares afectan a más de 89.6 millones de personas en América Latina y que en términos poblacionales equivale a un 27.7% de la población adulta. En términos fármaco-económicos, su costo supera a los 30 mil millones de dólares y equivale a 6.8 millones de años de vida saludables perdidos (AVISA). Para el caso del Perú, se estima un costo de 900 millones de dólares, lo cual representaría un 2.1% del gasto total en salud.³

Se ha encontrado que la mayor parte de la carga de enfermedad está relacionada con factores de riesgo modificables y por tanto evitables. Por ello, deberíamos programar intervenciones para el control de las enfermedades prevenibles, las cuales tienen un impacto sanitario, económico y social.⁴

En Argentina para el año 2005 se perdieron más de 600,000 años de vida saludables (AVISA) y se contabilizaron casi 400,000 años potenciales de vida perdidos por discapacidad. El 71.1% de los AVISA perdidos y el 76% de los casos asociados fueron atribuidos a factores de riesgo modificables. La hipertensión arterial fue el factor de riesgo de mayor impacto en hombres y mujeres.⁴

En El Salvador, durante los años 2011 y 2015, se registraron 48,554 muertes por enfermedades cardiovasculares. Estas fueron las enfermedades que más muertes causaron (13.1%) seguidas del cáncer (5.9%) y la enfermedad renal crónica (6.9%). Los años de vida perdidos por enfermedades cardiovasculares (AVISA) fueron 116,461, registrándose también 125,889 AVISA por enfermedad renal crónica y 94,253 AVISA por cáncer.⁵

En Cuba, examinando las tasas de mortalidad asociadas a enfermedades cardiovasculares, no se ha experimentado una tendencia de disminución en estas tasas. Sin embargo, se han esbozado algunas políticas de salud⁶:

- control de la hipertensión arterial,
- programa de lucha contra el tabaquismo,
- promoción de los ejercicios físicos y el deporte,
- programas educativos para una alimentación saludable.

En el Perú, según reportes locales del Ministerio de Salud, durante el año 2016 se perdieron 5'315,588 años con una razón de 166.8 AVISA por cada mil habitantes, siendo mayor la pérdida de AVISA en hombres que en mujeres y en extremos de la vida (menores de 5 años y mayores de 60 años). Con estadísticas de este año, las enfermedades cardiovasculares generaron pérdidas de 434,165 AVISA (8.2% del total, 13.8 AVISA por mil) de las cuales el 54.8% se debieron al componente años de vida perdidos (AVP) y el 45.2% a años de vida asociados a discapacidad (AVD).⁷

Por esta razón, en el año 2013, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lanzó el Plan de Acción Global 25x 25, una hoja de ruta para reducir la mortalidad prematura relacionada con 4 enfermedades no transmisibles en un 25% para el año 2025. El grupo de cuatro enfermedades incluidas en este programa son: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes mellitus.^{1,2}

Tanto la OMS como muchas guías clínicas internacionales recomiendan la estimación del riesgo poblacional como la base para establecer intervenciones apropiadas de estilos de vida y farmacológicas. Lo recomendable es conducir evaluaciones farmacoeconómicas para determinar la costo-efectividad de estas

intervenciones, a pesar de que la mayoría de ellas (como el control del tabaco) podrían ser costo-efectivas. Quienes generalmente se benefician de los programas de tamizaje son los individuos de 40-74 años, con historia familiar de enfermedad cardiovascular y quienes proceden de áreas con deprivación económica.⁸

La prevención cardiovascular puede ser enfocada a escala individual o poblacional. La primera se enfoca en evaluar la presencia de factores de riesgo individuales y de manera conjunta, el riesgo cardiovascular global. Sin embargo, no es completamente posible predecir el riesgo cardiovascular con las escalas actuales: lo que hacemos es aproximarnos a un cálculo que no es exacto. Más aún, existe desde el punto de vista poblacional la llamada "paradoja de la prevención", pues es posible intervenir a la minoría de la población con riesgo cardiovascular elevado, pero perdiéndose la oportunidad de intervenir sobre el grupo de población con riesgo intermedio.⁹

A nivel poblacional, se debe intervenir a toda población en riesgo a través de la promoción de la salud (promoviendo y manteniendo un bajo riesgo cardiovascular en toda la población) y la prevención de la salud (para pacientes con alto riesgo cardiovascular).⁹

Para el caso específico de los factores de riesgo cardiovascular, se ha evaluado la efectividad y los costos de las intervenciones destinadas a controlar la presión, a través de datos en la disminución de la presión arterial sistólica. Para comprobar esta hipótesis se evaluaron 17 estrategias sanitarias personales y no personales. Todas las intervenciones estudiadas fueron costo-efectivas, destacándose entre ellas las intervenciones no personales (reducciones de sal mediante acuerdos del Gobierno y la industria y/o educación médica en salud). Se estimó que estas intervenciones pueden evitar 63 millones de AVD por año, a nivel mundial, lo cual podría disminuir el riesgo cardiovascular en casi un 50%.¹⁰⁻¹³

En los Estados Unidos, la sola implementación de las guías para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, puede prevenir 56,000 eventos cardiovasculares y 13,000 muertes anuales. Es una estrategia efectiva y asociada a un ahorro de costos. Estos beneficios podrían potenciarse, buscando un control más enérgico de las cifras tensionales a través de programas bien estructurados.^{11,12}

Cualquiera de estas estrategias se basa en realizar un buen diagnóstico y tratamiento de los factores de riesgo cardiovasculares, como es el caso de la hipertensión arterial. Para el caso específico de la hipertensión arterial, existen barreras en el conocimiento de la enfermedad, pero se han diseñado estrategias validadas como un tamizaje oportuno, en centros de atención descentralizada y programas de educación para los pacientes. Con relación al tratamiento, las estrategias buscan proporcionar tratamientos accesibles, subvencionados y simplificados, los cuales deben acompañarse también de un proceso bien estructurado de educación. Existen también barreras propias del sistema de atención y se han considerado algunas estrategias para hacerles frente, como son el establecimiento de programas estructurados en base a guías de tratamiento actualizadas.⁹

Asimismo, es posible establecer otras estrategias costo-efectivas (además del control de la presión arterial) para la atención primaria, buscando reducir el consumo de tabaco, la promoción de la actividad física, el incremento en el consumo de frutas y vegetales con la consiguiente disminución de carbohidratos, y el uso de estatinas.⁹

Cuando ocurren los eventos cardiovasculares, como el infarto de miocardio, existen estrategias costo-efectivas de prevención secundaria, como la organización de unidades coronarias y el diseño de centros de atención con capacidad diagnóstica y terapéutica (disponibilidad de angioplastias).⁹

Una revisión sistemática reciente de 9,731 estudios encontró 16 con desenlaces económicos de intervenciones para prevenir la enfermedad cardiovascular. La mayoría de ellas fueron costo-efectivas e incluyeron: estrategias de educación médica en hipertensión, uso de terapia combinada para prevención primaria y secundaria, uso de terapia de reemplazo de nicotina, empleo de estatinas, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina, a través de intervenciones personales o poblacionales.¹⁴

En un consenso reciente de la Sociedad Europea de Cardiología Preventiva, se identificaron otros factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, como la ansiedad y depresión, o el análisis genético para identificar subpoblaciones en riesgo. También se han identificado condiciones clínicas que afectan el riesgo cardiovascular como son: diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, influenza, periodontitis, cáncer, enfermedades autoinmunes, apnea del sueño, disfunción eréctil y migraña. También se describen intervenciones específicas multidisciplinarias para el control de los factores de riesgo cardiovasculares y la enfermedad cardiovascular establecida, tanto a nivel clínico (servicios de cuidado primario y comunitarios) como utilizando intervenciones de salud a distancia (eHealth).¹⁵

Las enfermedades cardiovasculares entonces, de elevada prevalencia a nivel nacional, regional y mundial están asociadas a muertes y generan un costo elevado para los pacientes, familias y los sistemas encargados de la atención en salud. Existen una serie de

intervenciones a nivel individual y poblacional que han demostrado su impacto clínico y su costo-efectividad.

Referencias Bibliográficas

- 1.- Joseph P, Leong D, McKee M, Anand SS, Schwalm JD, Teo K, Mente A, Yusuf S. Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease. The Epidemiology and Risk Factors. *Circ Res.*2017;121:677-684
- 2.- Leong DP, Joseph PG, Mc Kee M, Anand SS, Teo KK, Schwalm JD, Yusuf S. Reducing the Global Burden of Cardiovascular Disease. Prevention and Treatment of Cardiovascular Disease. *Circ Res.* 2017;121:695-710
- 3.- World Heart Federation. El costo de las enfermedades cardíacas en América Latina. Junio 2016
- 4.- Rubinstein A, Colantonio L, Bardach A, Caporale J, García-Martí S, Kopitowski K, et al. Estimación de la carga de las enfermedades cardiovasculares atribuible a factores de riesgo modificables en Argentina. *Rev. Panam Salud Pública.* 2010;27(4):237-245
- 5.- Zelaya Susana, Mejía R. Mortalidad y años de vida potencialmente perdidos por enfermedades no transmisibles en El Salvador, 2011-2015. *Revista Alerta* 2018;1(1):42-51
- 6.- Dueñas Herrera A, Armas-Rojas N, Vera GH, Martínez-Fernández CR. Mortalidad Prematura por Enfermedades Cardiovasculares en Cuba. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular* 2018;24(4):1-10
- 7.- Carga de Enfermedad en el Perú. Estimación de los años de vida saludables perdidos. Ministerio de Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. 2016
- 8.- Tayu-Lee J, Lawson KD, Wan Y, Majeed A, Morris S, Solkak M, et al. Are cardiovascular disease risk assessment and management programmes cost-effective? A systematic review of the evidence. *Preventive Medicine* 2017
- 9.- Castellano JM, Narula J, Castillo J, Fuster V. Promoting Cardiovascular and Health Worldwide. Strategies, Challenges and Opportunities. *Rev Esp Cardiol*, 67(9):724-30

- 10.- Murray Christopher, Lower J, Hutubessy R, Niessen L, Tomijima N, Rodgers A, et al. Effectiveness and cost of interventions to lower systolic blood pressure and cholesterol: A global and regional analysis on reduction of cardiovascular-disease risk. *Lancet* 2003;361: 717-725
- 11.- Moran AE, Odden MC, Thanataveerat A, TzongK, Rasmussen P, et al. Cost-effectiveness of Hypertension Therapy according to 2014 Guidelines. *N Engl J Med* 2015; 372 (5):447-455
- 12.- Moise N, Huang C, Rodgers A, Kohli-Lynch CN, Tzong KY, Coxson PG, et al. Comparative cost-effectiveness of conservative or intensive blood pressure treatment guidelines in adults aged 35-74 years. *Hypertension* 2016;86(1):88- 96
- 13.- Nghiem N, Blakely T, Cobiac KJ, Pearson AL, Wilson N. Health and Economic Impacts of Eight Different Dietary Salt Reduction Interventions. *PLoS ONE* 2015;10(4): e0123915
- 14.- Shroufi A, Choedhury R, Anchala R, Stevens S, Blanco P, Han T, Niessen L, Franco OH. Cost effective interventions for the prevention of cardiovascular disease in low and middle income countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:285
- 15.- Piepoli F, Abreu A, Albus C, Ambrosetti M, Brotons C, Catapano AL, et al. A position paper of the European Association of Preventive Cardiology of the European Society of Cardiology. *European Journal of Preventive Cardiology* 2020;27(2):181-205

Dialogo con la audiencia

Moderador: AA Dr. José Luis Calderón Viacava

Hemos tenido el privilegio de escuchar tres conferencias realmente muy buenas. Lo que quiero enfatizar, antes de pasar a las preguntas y los comentarios, es que estos tres médicos no son médicos -solamente, digamos, epidemiólogos o médicos bioestadísticos-, estos tres doctores todos los días se dedican a ver pacientes, están trabajando con los pacientes y todo este interés, conocimiento y compromiso lo llevan a sus pacientes, a sus alumnos, a su hospital, a la práctica que realizan. Estamos viendo que la medicina tiene una tremenda

cantidad de conocimiento, casi sabiduría médica que no se emplea, que no la podemos emplear por una serie de razones. Esa es la tarea titánica que se tiene frente a los problemas de salud pública del Perú y del mundo.

Dr. Agustín Iza

Quisiera recordar las palabras con que el Dr. José Calderón inició esta charla, hablando de la relación entre la clínica, la epidemiología y lo importante que ha sido para avanzar en estos temas el conocimiento de la historia natural de la enfermedad. Eso ha hecho un poco mirar los aspectos epidemiológicos y -algo que se ha tocado poco- los aspectos económicos en estos temas. Porque, cuando los economistas empiezan a entrar en este tema sobre años de vida perdidos o con discapacidad, son años que no son productivos y eso ha comenzado también a tomarse en consideración. ¿Cuánto pierde la sociedad económicamente en su producto bruto por tener pacientes discapacitados o enfermos? Ese enfoque económico ha venido a complementar un poco la relación entre lo clínico y lo epidemiológico puro; por ejemplo, en cáncer de próstata había mucha preocupación hasta que comenzaron a hacer estudios de la historia natural de la enfermedad. En la historia natural de la enfermedad los pacientes de cáncer de próstata no se morían por cáncer de próstata sino se morían por problemas cardiovasculares, de tal manera que la orientación empieza a cambiar porque la historia natural cambia. Y entonces los esfuerzos para el control y el tratamiento de la enfermedad también tienen que cambiar. Yo creo que esto es la riqueza de esta combinación de aspectos clínicos epidemiológicos y también económicos, porque de alguna u otra manera esto causa un problema en la sociedad si la gente se muere antes y tenemos un porcentaje importante que no trabaja. Obviamente la economía del país se altera tremendamente.

Dra. Lucy López

Me aúno al reconocimiento en las tres magníficas presentaciones y mi agradecimiento. Comparto la preocupación de que hay una cantidad enorme de conocimiento y una cantidad enorme de voluntad de hacer el trabajo. Y entonces la pregunta es ¿cómo hacemos para que funcione esto? Y ha sugerido bien el Dr. Soto el sistema de salud y acceso universal. En

esa línea tendríamos que pensar que hay varios países, en nuestro Perú hay varias poblaciones para las que no vamos probablemente encontrar una guía de práctica clínica o un mensaje de tamizaje o de detección. Probablemente en un primer momento de decisión, se tendría que trabajar todo lo que es prevención primaria. Y habría que mirar con mucho detalle cómo se articula de sitio a sitio y de un grupo humano a otro. Hace unas semanas, en un simposio de la Academia también se veía cómo una primera causa de años de vida perdidos por discapacidad y a edades tempranas eran las muertes por causa externa por accidentes en los adolescentes, primera causa de muerte desde 15 años. Entonces ¿qué es la prevención? ¿Qué es la prevención primaria? Probablemente, como se comentaba, también eso tendría que integrarse al gran tema de la salud mental, de la falta de percepción del otro, o sea de la ausencia de la percepción mía como ser humano y del otro por consecuencia. Esto es totalmente complejo, pero yo creo que lo que se ha tocado esta noche otra vez nos lleva a pensar en una acción desde el punto de vista de acercar la salud pública a la salud individual con una mirada como la que acaba decir el Dr. Iza. Hay que echar mano de los instrumentos que tenemos y pensar que no tenemos un paciente de 30 millones de tamaño. Gracias por permitirme esta reflexión.

Participante no identificado

Muy buenas noches con todos. Muy importantes las ponencias que hemos tenido el día de hoy. Con respecto al tema de tamizajes, Dr. Soto, usted muy bien ha mencionado que muchos tamizajes no se pueden realizar en la consulta médica debido al poco tiempo que se tiene. Entonces como ha dicho el Dr. Doig, sería importante educar a otros profesionales, no necesariamente médicos, para que se aproveche este recurso humano para realizar otros tamizajes; básicamente hablamos de los tamizajes de salud mental, el tamizaje alcoholismo, porque sería una manera más eficiente de aprovechar: 1) lo que es el tiempo que tenemos en consulta médica y 2) aprovechar otro tipo de recurso humano que no necesariamente sea médico pero sí de salud. ¿Cómo usted ve ese tema de poder aprovechar este recurso humano?

Dr. Alonso Soto

Sí, una estrategia excelente. El tema de salud cardiovascular o cardiometabólica ha desbordado a los médicos. En Estados Unidos o en la India le llaman los *Mid-level help workers*, que son intermedios entre técnicos sanitarios y médicos, o sea, que aprenden lo básico de las enfermedades más prevalentes. Entre 3 a 5 años son personal muy utilizado, personal técnico y de enfermería. Es además es personal que está muy motivado. Nosotros, por ejemplo, tenemos la experiencia en el consultorio cardio metabólico en mi hospital, el hospital Hipólito Unanue. Contamos con un equipo, una enfermera que hace la consulta de estilos de vida, modificación de estilo de vida y tamizaje de salud mental, pasa a la consulta médica y posteriormente pasa a la consulta nutricional. Y el entusiasmo que pone el personal de enfermería realmente da un poco de envidia. El entusiasmo que ponen cuando uno les da las responsabilidades de tamizaje de salud mental respecto a la medición de depresión, es un elemento muy valioso. Efectivamente, es una sugerencia importante desmedicalizar el tamizaje. Hemos visto, por ejemplo, en otros países que el propio paciente se toma su muestra para hacer el despistaje de cáncer colorrectal. La doctora Patricia García ha trabajado también estudios interesantes en lo que es envió por las propias pacientes para tamizaje de VPH. Entonces yo iría incluso más allá no solamente involucrar al personal de enfermería, los técnicos sanitarios y a todo el personal que tengamos como parte del sistema de salud, sino involucrar a los propios pacientes. Por ejemplo, cuando se le enseña al diabético, este aprende a hacer su glucometría, los hipertensos aprenden a medirse la presión. Creo que son elementos importantes. No sentirnos el centro del universo los médicos, sino ir como indican las sugerencias. Yo creo, estoy plenamente de acuerdo, pero no solamente es la enfermera, todo el personal de salud, empoderar al paciente. Eso es básicamente parte de lo que es el concepto actualmente de decisiones compartidas y medición centrada en el paciente. Esto es también sumamente importante.

Dr. Eduardo Acevedo

Nuevamente felicitaciones a los expositores. Me voy a salir un poquito para poner mi especialidad de por medio. Hacia el año 84, cuando regresé al Perú, había un artículo clásico en Lancet que decía “que la mejor acción que el reumatólogo podía hacer con un paciente con artritis reumatoide era enviarlo al traumatólogo”, es decir, había una negación de lo que hasta entonces eran terapias o formas de tratamiento. Por ese entonces fue que se reconoció como premio Nobel de medicina y fisiología por el descubrimiento de Telomerasas. Se identificaron algunas cosas que han cambiado y tal vez es un concepto que se añade a lo que han presentado los expositores. Cuando una enfermedad autoinmune está activa y se ha medido bajo una formulación compleja, se sabe que, cuando uno pierde telomerasas, las células T más o menos llegan hasta los 60 años y después comienzan a hacer otro tipo de células una función que quiere asemejar a las células T y por ende, suceden infecciones, mal control de enfermedades, cáncer, etc. que suceden en las poblaciones después de esta edad.

Y al momento de conocer esto un grupo de una universidad en California, bajo fórmulas de ingeniería y de medicina y anteriormente con la prueba que las telomerasas mostraban algo, es decir, las enfermedades autoinmunes, hacía que las personas envejecían más pronto, ya no eran 60 o 70 años cuando ya no tenían casi células T que podían actuar como respuesta y por ende comienzan a aparecer más infecciones sino más tempranamente. A propósito del comentario del Dr. Soto, los biólogos tienen una posición muy importante. La granulomatosis que, por ejemplo, nosotros estudiamos de las vasculitis, hacia el año 84 no había ningún caso reportado en el Perú. Este año, hace dos meses, acabo de presentar con la Dra. Graciela Alarcón en mi grupo del hospital Almenara alrededor de 200 pacientes en un seguimiento de 20 años. La mortalidad que entonces al inicio era muy alta o la supervivencia era apenas 25% a los 5 años, ahora esa supervivencia a los 20 años llega a ser casi el 40%. Una gran variación a propósito del uso especialmente de medicamentos y biológicos, es otra manera, otra cara de ver como en una especialidad uno tiene que ver las cosas. Y finalizo comentando que se ha podido medir, que cuando una enfermedad autoinmune está activa un año de sobre

vida, equivale a un año dos meses, es decir, 2 meses de envejecimiento. Es un artículo clásico que ahora se reporta, que se adhiere o se relaciona con lo que es la perspectiva de las telomerasas, y la manera cómo pierde uno telomerasas en el curso de su vida. Gracias.

Dr. Renato Alarcón

Ciertamente la riqueza informativa de las presentaciones supera las posibilidades de nuestras intervenciones en este momento de la conferencia. Desde la perspectiva de salud mental, digamos, es lo que voy a tratar de hablar en pocos minutos, pero es un hecho que en general los recursos materiales, financieros, etc., por razones que están más allá de nuestro control van a demorar en llegar. La pregunta es ¿Qué hacer en este momento? Creo que el tenor de las presentaciones tiene dos aspectos, uno es el trabajo en equipo multidisciplinario. Más allá que resida exclusivamente en profesionales, es la comunidad la que debe o puede participar en acciones para mejorar el diagnóstico, el tratamiento oportuno, etc. Esta formación de personal asistente incluso en el campo no profesional tiene la finalidad de aliviar la situación hasta que los recursos gubernamentales lleguen. Y ahora el segundo punto, que se refiere a la educación del público en materias de salud. Instituciones como la nuestras, deben esmerarse en estas campañas de educación pública en salud. Esto ayudaría enormemente en la mejora de la situación. Hay dos conceptos también que remarcar en este tipo de formación, por ejemplo, la llamada calidad de vida. El público obviamente es parte del potencial del futuro grupo de pacientes, pero mejorar la calidad de vida forma parte de estas campañas de educación pública en salud. El otro punto sobre el cual profesionales de salud mental, académicos e investigadores de salud pública también podrían insistir o centrarse es el de resiliencia. Es algo importante conocer, desarrollar y ver en qué medida se da en nuestro país: por qué algunas personas son afectadas enormemente por adversidades de cualquier tipo y en cambio otras, no; cómo podemos aprender de aquellas que no caen ante la adversidad, que no se afectan tanto en salud física como en salud mental. Estos son entonces los comentarios generales. Tengo una pregunta específica que me ha dejado muy curioso. Es el tema de la ineficiencia del chequeo, que se ha planteado varias veces y da la impresión de que es algo que lo hacemos por costumbre y que, sin

embargo, no ha mostrado ser eficiente, y que es parte de las campañas de educación al público, pero ¿cuál es la investigación y el raciocinio sobre ese chequeo?.

Dr. Alonso Soto

En realidad es una reflexión. Estaba en duda al final entre ponerlo, porque es una cuestión tan controversial y tan contraintuitiva. Lo que básicamente han hecho los países desarrollados durante mucho tiempo es que cada persona una vez al año viniera y se hiciera un examen clínico, una placa de tórax, un electrocardiograma, hemograma, glucosa, creatinina y una batería básica de exámenes. Eso cuando se ha hecho. Bueno, son dos revisiones Cochrane que son revisiones sistemáticas sobre los estudios de impacto de los estudios de chequeo en cuanto a la mortalidad y morbilidad, hospitalizaciones de pacientes y básicamente son pacientes que ingresan a grandes sistemas de salud y sobre los cuales se efectúan grandes bases de datos, ha demostrado que no tiene mayor beneficio que el hacer intervenciones simplemente dirigidas a utilizar las cosas cuando deban hacerse. Es decir, por ejemplo, en Estados Unidos o en otros países uno dice “diabetes ya toda persona de más de 40 años o que tenga factores de riesgo como obesidad”. Se le toma una glucosa a los 40 años y no se le chequea todos los años sino a los 40. De ahí, después de cuánto tiempo debe hacerse es otro tema, porque el chequeo anual no ha demostrado beneficiar sistemáticamente a la población en términos de morbimortalidad pero claro, ser comprador no es no hacer nada y que la persona nunca vaya al médico. Lo que uno tiene que empezar es a pensar en cuál es la mejor estrategia para hacer las pruebas de tamizaje y cuándo hacerlas. Es un poco lo que pasó con el Papanicolau, que era a partir de los 18 años, todos los años su Papanicolau. Y al final resulta que es perjudicial si uno lo hace así de manera tan obsesiva. Entonces, uno empieza a los 21, ya después de los 65 no tiene beneficio. Entonces uno racionaliza y eso forma parte del aprendizaje, pero eso involucra implementar tamizaje y todo en realidades distintas. Por ejemplo, una experiencia interesante es cuando uno dice el tamizaje. Muchas veces acá nosotros para tamizar diabetes decimos “hay que ver si el paciente es obeso, si tiene factores de riesgo, si tiene un familiar diabético”. En Estados Unidos, si uno tiene más de 40 años y es latino, inmediatamente se tamiza. Nosotros no deberíamos buscar factores de riesgo para diabetes,

sino simplemente todo peruano mayor de 40 años, por el hecho de ser peruano y de más de 40 años, tiene que tener necesariamente un tamizaje para diabetes. Ahora, ¿cada cuánto tiempo?. De repente vale la pena empezar a los 35. Son esas preguntas que tenemos que hacer en investigación operativa.

Dr. Rafael Doig

Si me permite hacer un complemento de esto, quizás sea cardiología una de las especialidades en las que más se involucra este tema del chequeo preventivo y que es hasta casi un tema comercial. Desde el análisis de quien practica la especialidad, hay dos cosas que son -digamos- lo que se aconseja actualmente en cuanto a estos chequeos preventivos.

Lo primero es que hay que hacer estratificación de riesgo, pero no instrumentalización de la estratificación de riesgo; para eso existen los *scores* de riesgo y que están siendo tan antiguos como el tan conocido Framingham que tiene su utilidad y vigencia hasta ahora. Lo que sucede es que ha habido tal proliferación de *scores* de riesgo que ya prácticamente se ha vuelto inmanejable la utilización de los mismos, se ha caído inclusive en la particularidad de utilizar grupos de riesgo especial que necesiten *scores* de riesgo especial. Entonces, eso ya para el manejo clínico de una gran población termina siendo poco útil; pero, vuelvo a repetir, el concepto aplicación de un *score* de riesgo no significa la instrumentalización de ese chequeo preventivo obligatoriamente.

La segunda vertiente, que es lo que aconsejan todas las guías desde hace muy buen tiempo, es la individualización del riesgo del paciente, es decir, por mucho que queramos aplicar estrategias poblacionales siempre va a ir delante la individualización que hagamos del riesgo del paciente. Estrategias preventivas específicas, que evalúan comorbilidades, que identifican determinada tendencia ya sea por ambiente, ya sea por alimentación, lo que fuera han demostrado ser mucho más costo-efectiva que hacer esto en grandes poblaciones.

Entonces, al final de cuentas terminan haciendo lo que es la historia de la medicina, es decir, aplicar a pacientes y no a enfermedades.

Dr. Alejandro Bussalleu

Felicitándolos. Extraordinario este simposio. Quisiera hacer algunos comentarios. Mientras estaban ustedes dando sus ponencias pensaba cuánto afecta la corrupción a estas buenas ideas para progresar y mejorar, la cobertura universal de salud. Según la ministra, está alrededor del 82%, que es todo un éxito si uno compara lo que pasaba hace 20 años en nuestros hospitales. Nuevamente ahí también hay un sistema que hay que estar vigilando porque es susceptible de que se pueda manosear y echarlo abajo, justamente con esta corrupción que hay en el sistema de salud, en las farmacias, en los laboratorios, en las compras de los medicamentos, etc. Entonces, creo que un tema importante tal vez en el futuro para la Academia sería ver esto de la corrupción en salud, que es un tema tan vigente.

Otra cosa. A pesar de que las normas del Ministerio de Salud dicen que las mujeres, a partir de los 21 años, tienen la amplia libertad de poder ir a un centro de salud y hacerse un Papanicolau y recibir el tratamiento oportuno, el cáncer de cérvix sigue siendo un gran problema de salud en el Perú. Cuando uno interroga a sus pacientes mujeres, no han ido a los servicios porque tienen temor, porque tienen ideas un poco equivocadas. Creo que ya el modelo del manejo de cáncer cérvix hay que cambiarlo completamente, parece que no está funcionando a pesar de todas las guías y el apoyo que da el Ministerio de Salud. Y pienso que igual ocurre con el cáncer de estómago. Hay mucha gente que va al extranjero a adiestrarse en la detección precoz de lesiones precoces en el estómago, para los gastroenterólogos parece que eso tampoco es suficiente, porque tal vez no hay los equipos suficientes, no hay las guías. En las charlas que doy sobre helicobacter muchas veces me preguntan qué pasa si un paciente es detectado con helicobacter y hay que tratarlo para evitar que la cascada de acontecimientos lo lleven a lesiones premalignas. ¿Usted lo sigue? ¿Por cuánto tiempo? ¿Porque puede haber reinfección? Si se detecta la infección, ¿Hay que tratar al resto de la familia o hacer el diagnóstico de la infección en el resto de familia? Las respuestas no las sé porque no hay evidencia. Me parece que falta mucho de investigación local, de investigación nacional para poder dar las mejores respuestas. El mejor camino del

manejo adecuado de nuestros pacientes -y termino con esto el profesor Valentín Fuster, que fue mencionado por Rafael y es un profesor reconocido a nivel mundial. Tiene mucho interés en intervenciones para cambiar las cosas, porque él también se angustia, pasan los años y la gente se sigue muriendo de esto. Él propugna una intervención desde muy temprano en la vida, los niños en las escuelas tienen que hacer ejercicios, tienen que saber comer bien, conocer acerca de su cuerpo y saber dónde está el corazón, dónde está el cerebro, cómo se relacionan las arterias. Y a mí me parece que eso deberíamos implementarlo en el Perú de una manera importante, porque han dado resultado los programas piloto en otros países. Podría ser una política también interesante para el futuro.

Dr. José Luis Calderón Viacava

Voy a hacer dos comentarios muy breves de la parte conceptual, cómo el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno es un principio estratégico fundamental. Se complejiza con los problemas de salud de la población, con el conocimiento médico actual, con los datos epidemiológicos. La riqueza conceptual médica obviamente termina en mejores prácticas, en mejores sistemas de salud. Lo que acabas de decir que parece una utopía. Estoy convencido de que el valor más importante de la condición humana es la salud. Esto es algo que todavía no acaba de calar, no es diagnóstico de enfermedades sino es bienestar. La salud no es que tiene que estar en los hospitales, en los centros de salud; tiene que estar en el hogar, en la escuela, en la universidad, en los trabajos. Esa es la única forma, cuando logremos que la salud realmente se meta transversalmente en la vida humana. Muchas de estas cosas se van a poder hacer, no sólo porque el conocimiento existe sino porque va haber el convencimiento de que esas cosas hay que hacerlas.

Dr. Ernesto Ríos Montenegro

Muchísimas gracias. Felicitarlos, aunque casi he sido excluido como suele suceder con el tema que voy a tratar. Me refiero al examen de ojos. La mayor parte de médicos prescindir de la gran ventaja la gran utilidad, que se tiene cuando uno examina adecuadamente los ojos. Particularmente me refiero al examen de fondo de ojo. En el examen de fondo de ojo ustedes pueden ver directamente el cerebro, el nervio óptico y la retina.

La retina es un abanico, una expansión de la sustancia cerebral propiamente tal, no es un nervio periférico, es sustancia cerebral y uno puede ver la calidad de tejido que hay. Viendo la retina se puede inferir lo que es el cerebro. Esa ventaja no se la puede conseguir con ningún otro método, porque lo está viendo directamente y puede conocer la calidad, el tipo de tejido. Por ejemplo, le digo a una persona con migraña “eso se puede ver en el fondo de ojo”. Si sufre o no de migraña, no importa que en la historia no lo diga, que tiene dolor de cabeza; usted sabe que esta persona tiene los genes de la migraña y si es que es sintomática esa migraña, puede decir inclusive y puede anticipar la frecuencia que tiene la intensidad del dolor si es que es el dolor el que predomina. Porque hay migrañas acefálgicas que son las más peligrosas y que generalmente no se detectan por otros medios. Entonces, la información que hay ahí es extraordinaria, se pueden ver los vasos, arterias, venas, indirectamente capilares y dan una información enorme: si la persona tiene o no arterioesclerosis, si la persona tiene o no hipertensión arterial no la terminal no la avanzada sino incluso puede anticipar qué tipo de hipertensión va a tener este paciente. Cuando sus arterias se endurezcan sí va a ser predominantemente sistólica, predominantemente diastólica o mixta lo puede anticipar y si la tiene, pues con mayor razón puede sugerir el tipo de medicación, si lo que requiere son vasodilatadores o para bajar la presión o diuréticos. Esa información se puede obtener del examen de fondo de ojo, se puede saber si hay diabetes incluso en el estado prediabético en el subclínico, porque se ve como si viéramos los genes de la persona. Y cuando veo eso, le pregunto al paciente si tiene familiares con diabetes mellitus. Hoy día vi uno de estos casos: “sí, el hermano de mi abuelo era diabético”. Ella no lo tiene pero, sí le hago una curva de tolerancia a la glucosa, seguramente va a tener una curva que, para conceptos generales, parcialmente es anormal. Entonces, esta información desafortunadamente no es difundida, no es conocida. Yo preguntaría simplemente acá si podrían levantar la mano los que regularmente utilizan el examen de fondo de ojo para ver a sus pacientes. Perfecto. Los felicito, pero son muy pocos. Ahora, esto nos lleva a una conclusión -digamos- sobre cuál sería la forma de poder utilizar esta información. Yo lo veo para el futuro, y trataré en alguna manera de promocionarlo o difundir esto. Hay ahora mecanismos en que se puede obtener

el fondo de ojo con un celular. El celular se adapta a un oftalmoscopio de \$500. Toma el fondo de ojo y es mucho más fácil, mucho más amplio que si uno trata de ver directamente el examen de fondo de ojo. Entonces, esto lo puede hacer un técnico y el técnico lo puede enviar o a una consulta para el experto, o el experto ve el fondo de ojo y dar la información al médico de cualquiera de las especialidades. Entonces, esto es para futuro, porque uno de los limitantes principales ha sido siempre el limitante mayor, el que se requiere para una retinografía o una angiografía. Un equipo sofisticado, grande, no baja de \$60,000, y eso no está al alcance de todo el mundo; pero un aparatito práctico, un oftalmoscopio con un celular que tiene un adaptador para colocarlos junto al oftalmoscopio es una solución muy reciente, de un par de años y nos da una mirada para poder informarse y no solamente para ver cosas del ojo, por ejemplo el glaucoma u otros tipos de degeneraciones, temas generales que involucran lo que se ha tratado acá, como problemas vasculares, diabetes, etc..

Dr. José Luis Calderón Viacava

Con relación a su comentario, en las doce estrategias sanitarias nacionales que son los grandes problemas de salud pública que el Ministerio enfrenta, uno de ellos es la lucha frontal contra la ceguera. Y una propuesta de hace tiempo en las facultades y en la Academia es que todos los médicos, independientemente de la especialidad que tengamos, estemos comprometidos con las estrategias sanitarias nacionales. Entonces, si uno no sabe o no puede hacer un fondo de ojo, debe pedirle a su paciente que vaya al oftalmólogo para que le hagan un examen de fondo de ojo. Un detalle es que, en este famoso discurso de la obsolescencia del conocimiento, que a mí me parece un poquito exagerado en la medicina, hay un conocimiento no solamente conceptual sino científico técnico y científico clínico, que tiene una vigencia cronológica permanente, el examen físico y el fondo de ojo es parte del examen físico, siempre va a ser importante ahora y siempre. Lo hagamos, como lo hagamos con el oftalmoscopio o con el teléfono y con la nueva tecnología que lo va a facilitar, pero siempre va a ser algo que no va a perder vigencia cronológica por más tecnología de Inteligencia artificial que haya.

Para terminar, quiero expresar mis tres sinceros agradecimientos. El primero, al doctor Morales Soto por encargarnos esta tarea, y por su sabiduría en escoger tan importante tema. En segundo lugar, agradecerles a ustedes por su asistencia. Y en tercer lugar, agradecerle a los ponentes, ya que han sido realmente brillantes. Yo creo que representan esta generación. La medicina peruana es buena, pues ellos son ejemplos de que la medicina peruana es realmente buena. Y por último, yo estoy seguro que estos simposios no quedan acá. La directiva de la Academia tiene que ver qué hace con esto, cómo se utiliza esta motivación, este conocimiento, esta información. ¿Qué se hace con esto? Conversamos con las sociedades, conversamos con el Colegio, se conversa con ASPEFAM, se conversa con algunas facultades de medicina, porque este es un conocimiento que todavía está en la Academia, está en los investigadores, está más en algunas clases de post grado que de pre grado; pero, para que llegue al paciente, tiene que llegar a la cabeza del médico que está en el consultorio y esa una tarea titánica. Gracias a todos ustedes.

Palabras del presidente de la Academia Nacional de Medicina

AN Dr. Alejandro Bussalleu Rivera

Nuevamente quiero agradecer la presencia de todos ustedes y agradecer al Dr. José Luis Calderón Viacava por haber coordinado esta actividad. Eso es un trabajo también, coordinar. Nos han entregado las ponencias por escrito con la anticipación debida. Muy amables por eso. En lo que hace a las conferencias del Dr. Leandro Huayanay, el Dr. Alonso Soto y el Dr. Rafael Doig, realmente ya no voy a hacer más comentarios. La

hora ya está bien avanzada, pero sí quiero aprovechar esta oportunidad para mencionarles que el día 28 de noviembre, es decir, dentro de una semana, se conmemora el cincuentenario de la desaparición del profesor Honorio Delgado. Él fue un destacadísimo académico de número de nuestra Academia. Él se graduó, en el año 1918, como médico en la Facultad de Medicina de San Fernando. Destacó siempre por su inteligencia, por su vocación de estudio y recibió el premio *Contenta* que se le otorgaba al mejor alumno de Medicina.

A lo largo de su vida Honorio Delgado ha publicado más de 400 artículos y 25 libros. Una relación muy extensa de esta producción bibliográfica se encuentra, para los que están interesados, en la revista de "Anales de Salud Mental" del año 2001. El Dr. Honorio Delgado fue ministro de Educación en la época de José Luis Bustamante y Rivero y trabajó por décadas en el hospital Víctor Larco Herrera de nuestra ciudad. Él Dr. Renato Alarcón, académico de número de nuestra institución y que además es miembro titular de la Cátedra Honorio Delgado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, ha organizado un acto académico que lo ha denominado "El legado de Honorio Delgado", en el que se van a poner de relieve sus aportes científicos y humanísticos, clásicos e innovadores a la psiquiatría y la medicina latinoamericana y mundial. Igualmente se van a destacar sus aportes al desarrollo de la psicología contemporánea y la labor docente e institucional que el maestro Honorio Delgado desarrolló. Esta actividad va a tener lugar el día 26 de noviembre a las 7 de la noche en la sala de conferencias 101 de la Casa Honorio Delgado, en la avenida Armendáriz 445, Miraflores. Están todos cordialmente invitados a participar en esta actividad. Muchas Gracias. Se levanta la sesión.