

III Jornadas Científicas Regionales “Dr. Roger Guerra-García Cueva”

El impacto del Covid en los extremos de la vida

Presentación de la Sesión

Buenas noches. La Academia Nacional de Medicina les da su cordial bienvenida a la segunda sesión de las III Jornadas Científicas Regionales, la que lleva como título “El impacto del COVID en los extremos de la vida”. Soy el AN Dr. Juan Jorge Huamán Saavedra, de la región La Libertad, y tendré a mi cargo la moderación de la sesión del día de hoy. El AN Dr. Ciro Maguiña, vicedecano nacional del Colegio Médico del Perú, dirigirá las palabras de introducción a la sesión. El Dr. Maguiña es especialista en enfermedades infecciosas, tropicales y dermatológicas, es doctor en medicina, ex vicerrector de Investigación en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, académico de número de la Academia Nacional de Medicina, ex decano nacional del Colegio Médico del Perú, vicedecano nacional actual del Colegio Médico del Perú, miembro del comité de expertos del MINSA. Invitamos al Dr. Maguiña para las palabras de introducción a la sesión II.

Palabras del vicedecano nacional del Colegio Médico del Perú

AN Dr. Ciro Maguiña Vargas

Muchas gracias, señor presidente de la Academia, señores asociados, miembros de la Academia, invitados y Dr. Jorge Huamán. Voy a exponer en estos 20 minutos unas reflexiones sobre dos temas muy importantes actualmente en debate. En primer lugar, el rol del Colegio Médico del Perú (CMP) en esta pandemia. Ustedes saben que más de 162 colegas han caído en la lucha contra el Covid19 en muchas partes del país. Hoy acaba de morir un amigo de Cajamarca. Hicimos el esfuerzo de traerlo a Lima, pero no resistió. Otro tema es el laboral, por problemas de los pagos pendientes y la línea de carrera del médico que hemos reclamado al MINSA. También vamos a reclamar al

Tribunal Constitucional un homenaje a nuestros caídos. Este es un dato, no tan exacto, pero ¿qué ha pasado con nuestros médicos muertos? El Dr. Penny me pidió esta información hace unos días; recién he tenido esta data de parte del secretario del CMP. Como era evidente, la mortalidad fue más elevada en los grupos de edades mayores. Han sido 95 (60.5%). Algunos de estos médicos han trabajado obligados y otros por su propia voluntad, hay que decirlo. Aquí también hay un tema de responsabilidad. Muchos nos hemos cuidado, pero fíjense en los datos: incluso un médico joven, bachiller, en Iquitos falleció. El grupo de fallecidos que está creciendo es de adultos jóvenes y adultos no tan jóvenes, casi 39%. En cuanto a la especialidad, como era obvio, han caído tanto los médicos especialistas como los no especialistas. Acá hay un error en la parte final, pero lo que quería resaltar es ¿cuáles eran sus especialidades? Cirujanos, pediatras, ginecólogos, anestesiastas; pero también el grupo de alta exposición, como internistas, otorrinos, radiólogos, cirujanos plásticos, cardiólogos y otros. Lo interesante es que algunos tienen dos especialidades y no hay neumólogos. Pensamos que habría muchos neumólogos enfermos. Yo conozco a la Dra. Rosa Luz Suárez que estuvo en el grupo de expertos, al Dr. Chirinos, otro neumólogo; a dos de la Javier Prado también. Pero muchos son jóvenes, y algunos neumólogos de la plana mayor no han participado. Fíjense en la importancia también de la prevención de los grupos de riesgo. Sorprende el grupo de ginecólogos y sorprende también el de los cirujanos en la medida que son profesiones entre comillas “de no riesgo”. Eso en la historia lo analizaremos prontamente, y es una data que quería compartir como primicia para todos los médicos.

Otro tema que está en debate y hemos tocado hoy día es un tema importante: ¿Qué estamos enfrentando en estos meses en los que la pandemia continúa? Ya sabemos que el Perú ocupa el primer lugar de letalidad; lamentablemente hay que reconocerlo, y eso se ha debido al enfoque hospitalario de la pandemia, lo que ya se discutió en otra sesión. Es fundamental un enfoque comunitario integral. Ha habido esfuerzos que poco se conocen, como el de Ancash con apoyo de la OPS y la empresa privada ANTAMINA. Estos esfuerzos han hecho un excelente enfoque integral que ha rendido frutos e incluye todos los aspectos de la atención a los enfermos con Covid19, desde la parte de terapia,

oxígeno, alimento, apoyo psicológico. Todo eso gracias a los aportes de ANTAMINA, como probablemente va a ser comunicado pronto. Esto revela que sí es posible tener enfoques diferentes al hospitalario, y creo que todavía se pueden aplicar en el país.

El otro tema en gran debate es el de las terapias contra el Covid19, como lo hemos tratado en las conferencias de la Academia. Hay gente que cree que no hay que darle nada a los pacientes, pero algunos estamos convencidos de que sí, que hay que tratar a los grupos de riesgo. Hay data peruana valiosa, como en Arequipa, la del Dr. Luchetti en Contamana, y también en Chíncha. Aparecen datos de estudios observacionales. Hemos quedado en que, aparte de la data clásica que viene del extranjero, debemos reunir datos propios, de los estudios observacionales. Creo que van a ser valiosos para la próxima semana. Y un tema que ha salido a luz del debate, tanto en niños como adultos, es echar la culpa a la terapia que sale en la guía nacional, lo cual es falso. Los que manejamos clínica sabemos que la automedicación es el problema, es una de las peores cosas que tenemos en el Perú. Somos campeones en AINES, en corticoides, en antibióticos. Aquí la receta nunca se ha respetado. Es un asunto que debemos tocar, creo yo, en la Academia, porque esto tiene implicancias hasta médico-legales, como lo que ustedes han visto con el dióxido de cloro. No hay, pues, que echar la culpa a la pandemia cuando es parte de nuestra cultura chicha. La automedicación, en mi opinión, es algo muy grave.

En realidad, no sólo el tema de los corticoides, sino el de los antibióticos, y se ven ejemplos de ello en la vida diaria. Así en Ilo Ilo veo el uso hasta con 7 medicamentos. Yo creo que ahí hemos fallado y hay que reconocer que, en el Estado y parte de nuestra sociedad, no hemos insistido en que la automedicación es muy peligrosa. Pero estamos en tiempo de guerra; entonces, el tema preventivo cobra relevancia, pero lamentablemente esto está jugando en negativo. Hay gente que lo ha hecho con buena intención, tratando incluso en forma masiva con medicamentos sin estar preparados para ello. Obviamente no estamos criticando ni justificando. Un ejemplo es en Lambayeque donde usaron aspirina y clopidogrel. La consecuencia fue la aparición de equimosis que, en mis 350 pacientes que tengo monitorizando, tuve que suspender. Esto

es consecuencia de la automedicación o de recetas inadecuadas y que ahora incluyen el dióxido de cloro. Nosotros también estamos apoyando al Estado en que esta práctica es muy peligrosa. Ayer hubo un muerto en Ayacucho, y es un tema de salud pública. Creo que frente a este tipo de prácticas no podemos callar. Lamentamos que autoridades políticas les hayan hecho caso omiso a las advertencias del Estado y, por lo tanto, en este momento es importante que reflexionen.

La otra parte que quiero mencionar, y hoy se discutió en el Comité de Expertos, es que estamos a 8 meses con la pandemia y la gente exige que haya un medicamento que los cure, cuando la historia de la medicina no es eso. Yo he preparado una charla para la Academia, "La historia de los medicamentos a lo largo de la historia en todas las especialidades". La medicina basada en evidencias aparece en el año 80, pero hoy muchos colegas exigen eso como la única forma de evidencia y eso no es correcto. Quiero hacer algunos comentarios al respecto. Para tratar la viruela se usó medicina observacional; para la sífilis, cosas que son hoy absurdas pero que determinó en su momento un Premio Nobel; para el tratamiento de la tifoidea, el cloranfenicol se utilizó sin evidencias, lo mismo que cisticercosis. Hay tantos ejemplos que me cansaría de exponerlos, incluyendo tratamiento en animales ponzoñosos, lo que ya he trabajado mucho, y una enfermedad emblemática para el país, como es la enfermedad de Carrión. Cuando nosotros trabajamos en el control de esta enfermedad usamos Cloranfenicol, pero la gran epidemia nos obligó a usar nuevos esquemas como la ciprofloxacina y permitió controlar esta epidemia.

También en otra enfermedad emblemática como el SIDA se demoró 10 años en tener el HAART. Hubo grandes ensayos clínicos incluyendo el famoso ensayo ACTG por el que se comenzó a usar el AZT. Incluso los expertos norteamericanos opinaron y la FDA lo aprobó. Europa se opuso a la monoterapia. Hubo un gran debate de los gringos con los europeos y finalmente se demostró que la monoterapia no era apropiada. Durante años hubo muchos estudios y se tardó años en tener esquemas de tratamiento adecuados. Esa es la historia de la medicina, no es una historia que acaba en 8 meses. Recién en el año 1996 se aprobó la famosa terapia HAART. Ya hoy incluso ha cambiado el esquema, ya no usamos Nevirapina ni Saquinavir,

tampoco AZT, pero en su momento tuvieron un rol importante. En conclusión, la historia de la medicina tiene una dialéctica cambiante, y eso hay que tener en cuenta en esta enfermedad. Mi impresión es que incluso capaz no vamos a obtener la droga por más ensayos que se hagan, y creo que la vacuna va a ser tal vez el avance más importante.

Otro tema de debate que planteo a los colegas son las diferencias en la clínica de la enfermedad en niños y adultos. Hay gente que opina que el Covid19 es una gripe simple y que el 90% son asintomáticos. Esto es una falacia que está circulando por las redes. Los que manejamos pacientes y los vemos a diario sabemos que hay distintos síndromes, no son una simple gripe. Una clasificación que ha gustado es la propuesta por el King's College. Hay gente que tiene los síntomas COVID de fiebre y sin fiebre, y muchos tienen molestias gastrointestinales, muchos con neumonías severas y no severas, hasta fallas multiorgánicas. Debido a esto obviamente ha surgido la gran discusión de dar o no dar drogas. Se ha avanzado mucho en el tema de la fisiopatología; ya nadie discute el tema del oxígeno, ni el uso de la dexametasona. Acaba de salir un nuevo artículo sobre el uso de dexametasona en la segunda fase, que ratifica su rol.

El gran debate es qué medicamentos emplear o no emplear, o si solamente es una simple gripe y dar paracetamol. Es el gran debate que se sigue dando. Y la razón por la que en el grupo de expertos nos incluimos muchos de la Academia es porque, en resumen, lo que se está trabajando hoy en día son las experiencias notables, como las de Contamana, Chincha, Ancash que he comentado. Por lo tanto, el gran debate no va a terminar en esta sesión. Creo que esto va a demorar mucho y sólo concluyó en la última parte que no hay ninguna bala mágica, creo que nadie puede afirmar que tenemos la cura, como tampoco la tenemos para muchas enfermedades virales. Atenuamos, como en la influenza; mejoramos en muchas como el VIH, pero tampoco lo curamos, aunque su manejo ya ha mejorado con la terapia que hemos comentado. Y la razón de por qué hemos estado usando estas drogas es en base a las experiencias, tanto nacionales como internacionales. Y muchos temas que siguen en controversia como el del tocilizumab, medicamento que nosotros lo hemos usado con mucho éxito, incluso en

un trabajo de investigación en Cayetano fue parado por decisión del Laboratorio Roche, pero yo diría que estas son cosas que estamos aprendiendo en el camino. No me detengo en ello. El famoso remdesivir fue evaluado en el comité de expertos y realmente no baja la mortalidad. Es carísima, y he tenido ocasión de usarla en un colega médico al que le di el esquema inicial. Progresó la neumonía, y tuvo la suerte que le dieron remdesivir y no se complicó.

Quiero finalmente terminar con algo en que el Colegio ha insistido, el tema comunitario. El Dr. Luchetti es un gran infectólogo del Loayza que hizo casualmente, en base a su experiencia comunitaria, una estrategia integral. La comparto porque él la compartió en el Congreso, trabajó con los promotores, trabajó con los que había ahí en Contamana. Recuerden que Iquitos había colapsado. Se trabajó con enfoque integral, con medicamentos, con guías, con grupos de riesgo, con signos de alarma. Lograron tener todo lo que es el enfoque integral desde Lima llevando concentradora con apoyo de la comunidad a los empresarios. Un dato que parece anecdótico es lo que logró en Contamana: 1.300 atendidos con técnicos y promotores que bajaron la hospitalización, y nunca colapsó Contamana. No hubo muertos, nivel primario de atención con resultados, que es lo que imitaría un poco el modelo de Guayaquil. Es un dato que comparto porque me pareció interesante para la Academia. Hay gente que dice que, cuando los que todavía vemos algunas medicinas, no hay ciencia. De Ivermectina hay 34 ensayos en este momento. Ojalá que salga algo a favor o en contra, pero la ciencia es eso, es dinámica. Por eso yo no me apresuro a decir “esto es bueno” o “esto es malo”, hay que hacer data clínica. Hace unos días salió, en el *New England Journal of Medicine*, un reporte de neurotoxicidad de ivermectina en un paciente con acariosis. Qué casualidad en el *New England* que publique sobre acariosis, que hace años no lo mencionaban. Solamente lo comento como anécdota sobre lo que puede suceder en revistas de tanto prestigio.

El debate se ha dado en las redes. No me detengo y ahí concluyo. Incluso nos exigen a nosotros del Comité de Expertos y nos exigen “ustedes sólo sigan medicina basada en evidencias”. Quería comentar cómo tenemos que soportar a gente que nos insulta por estar en esta batalla y lo que hemos dicho: no hay

profilaxis, y eso es un tema en el que la Academia tiene que insistir. Hay gente que ha dicho que la Ivermectina es igual que el dióxido de cloro. Eso es mentir. Se debe decir lo que es correcto o es incorrecto; hay que decir la verdad, estemos o no a favor. Yo soy transparente y discrepo con muchos, pero la discrepancia no es insultar y comparar al dióxido de cloro. Y esto es lo que los científicos tenemos siempre que respetar, esto es ciencia. La medicina basada en evidencias es una de las grandes herramientas; pero ciencias son también los estudios *in vitro*, observacionales. Hoy casualmente hemos acordado en el Comité de Expertos que la experiencia peruana de estudios observacionales sea presentada. En la guía del Ministerio de Salud para el manejo terapéutico del Covid19, el que decide es el médico con su paciente. Esto no es impuesto por nadie, no es que sea una receta mágica y es lo que hoy estamos empleando. Aunque probablemente no hay consenso con algunos medicamentos, como por ejemplo la hidroxiquina, que ya se ha demostrado que no sirve en el nivel hospitalario, y eso es ciencia. Hay mucha información observacional a favor y eso se va a tener que cambiar o no en las futuras semanas o meses. Son estas las opciones que damos al médico, y ahora está de moda decir “el Covid19 es una simple gripe, denle Paracetamol”.

Hay otras opciones que muchos estamos usando con criterio médico, tal como se recomienda en las guías. Repito que esto salió de la OMS, que dice que el Covid19 no es una simple gripe, como frecuentemente se habla en la radio y la televisión. Resulta que hay 40% leves, 40% moderados. Yo tengo 38 médicos que estoy tratando, muchos ex decanos y decanos de las regiones, hay 15% graves con neumonía severa y 5% con cuadro de falla multiorgánica. También hay que también tener cuidado en repetir lo que los investigadores chinos propusieron como clasificación clínica al comienzo de la pandemia.

En conclusión, no estamos frente a una simple gripe y siempre aprendemos todos los días, como el uso del pulsioxímetro, la posición prona, los corticoides, la enoxaparina, que creo todos estamos usando, por lo que no hay mucho debate, pero sí en el tema de los antibióticos. Yo he escrito un libro sobre esto. Lamentablemente se ha abusado de antibióticos, cuando las series más grandes revelan que las

complicaciones son bajas, 3%, en la primera semana y 15% en la segunda semana. Lamento que se ha abusado de ello. Concluyo, Dr. Huamán, con estas 3 reflexiones: (1) Hay un tema de enfoques que tenemos que respaldar porque esta pandemia va a durar por lo menos 6 meses más en la medida que todavía no hay suficientes infectados en el Perú. (2) Los enfoques comunitarios tienen que seguir haciéndose de manera integral en los lugares que se pueda, y el tema del manejo clínico y terapias no es lo más importante; a veces hemos perdido tiempo en medicamentos cuando el enfoque comunitario, tal como se ha hecho en Ancash, tiene resultados contundentes. (3) Los temas de debate en la clínica, en síndromes, van a seguir porque estamos aprendiendo todos los días. Nada más. Nuevamente agradezco estos pequeños minutos para compartir estas reflexiones del grupo que estamos trabajando en la pandemia del coronavirus.

Moderador Dr. Juan Jorge Huamán:

Muchas gracias, Dr. Maguiña, por su excelente introducción y mensaje en esta sesión.

Participan en la sesión “El impacto del COVID en los extremos de la vida” como expositores, en primer lugar, la Dra. Theresa Ochoa Woodell con el tema “Infección por el SARS-CoV2 COVID-19 en pediatría”. La Dra. Ochoa es médico pediatra infectóloga, profesora asociada de pediatría de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, profesora asociada de epidemiología de la Universidad de Texas en Houston, directora del Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. En segundo lugar, el AA Dr. Eduardo Penny Montenegro, con el tema “Infección por COVID-19 en geriatría”. El Dr. Penny es especialista en Medicina Interna y en Geriatría, AA de la Academia Nacional de Medicina, master en American College of Physicians Fellow American Geriatrics Society, ex presidente de la Sociedad Latinoamericana y la Sociedad Peruana de Medicina Interna, medalla de oro al mérito extraordinario por el Colegio Médico del Perú. Agradeceremos a los participantes que coloquen sus preguntas sobre las ponencias de hoy en el chat en la plataforma Zoom. Invitó a la Dra. Theresa Ochoa a presentar el tema “Infección por SARS-CoV2 - COVID 19 en pediatría”.