

ACTA DE SESIÓN N°13**Consejo Consultivo Garantías Explícitas en Salud
Ley N°19.966**

DÍA :	Lunes 28 de Agosto de 2007
HORA INICIO:	09:20
LUGAR DE REUNIÓN:	Hotel Crowne Plaza.

1. ASISTENTES

1. **Don Gonzalo Grebe Barros.**
2. **Don Octavio Enríquez Lorca.**
3. **Don Miguel Bustamante Ubilla.**
4. **Don Luis Antonio Infante Barros**
5. **Don Benjamín Stockins Fernández.**
6. **Don Vicente Valdivieso Dávila.**
7. **Doña Cecilia Sepúlveda Carvajal.**
8. **Doña Inés Ruiz Alvarez**
9. **Don Vito Sciaraffia Merino**

Además se encuentra presente Luis Eduardo Díaz Silva, Secretario Ejecutivo del Consejo.

Asisten además la Subsecretaría de Salud Pública, Dra. Lidia Amarales Osorio, el Dr. Pedro Crocco A., Jefe de la División de Prevención y Control de Enfermedades, Dra. Ximena Aguilera S. Jefa de la División de Planificación Sanitaria, la Dra. Nelly Alvarado de la Secretaría Técnica GES del Ministerio de Salud, y la Dra. Jeannette Vega Coordinadora GES Ministerio de Salud.

Se incorporan además los expertos contratados a solicitud del Consejo Consultivo, que presentaran sus ponencias en relación con los problemas de salud GES actualmente en vigor.

Prevención del parto prematuro	Dr Mauro Parra
Cáncer Gástrico y Cáncer de cuello uterino Ferreccio	Dr. Arturo Rollán y Dra Catterina Ferreccio
Problemas respiratorios del niño y del adulto Undurraga	Dra. Eliana Cerutti y Dr. Álvaro Undurraga
Diabetes; Hipertensión e Insuf. renal Terminal. Valdés y Dr. Emilio Roessler.	Dr. Nestor Soto; Dra. Gloria Valdés y Dr. Emilio Roessler.

2. ORDEN DEL DÍA

- 1. Presentación de los análisis de los expertos en problemas de salud GES.**
- 2. Análisis de los estudios de prioridades Dra. Ximena Aguilera S.**
- 3. Fijación de futuras sesiones.**

3. DOCUMENTOS ENTREGADOS

A los miembros del Consejo Consultivo se les hizo entrega de un CD y una carpeta que contiene información sobre la Encuesta AUGE encargada por la Superintendencia de Salud y que había sido comprometida su entrega por el Superintendente Dr. Manuel Inostroza.

4. TEMAS TRATADOS

La sesión se inicia con la bienvenida del señor Díaz Silva, en su calidad de Secretario Ejecutivo, dando lectura a la tabla.

1. Subsecretaría de Salud Pública presenta nueva incorporación técnica al Ministerio.

La Subsecretaría de Salud Pública Dra. Lidia Amarales, saluda a los consejeros y comunica que el Ministerio ha decidido mejorar la coordinación del Ministerio en materia de GES, para lo cual se ha incorporado como Coordinadora Ges del

Gabinete de la Ministra a la DRa. Jeannette Vega.

A continuación el Dr. Crocco hace un breve resumen de su trayectoria, y la DRa. Vega pone su trabajo a disposición del Consejo.

Por su parte el Consejo, a través de su Presidente, le da cordial bienvenida y le manifiesta su conformidad con la disposición de trabajo conjunto, esperando una mejor y expedita comunicación e intercambio de antecedentes y documentos.

2. Presentación de los expertos que fueron contratados para el análisis de algunos de los problemas de salud AUGE en vigencia.

1. Presentación parto prematuro (Dr. Mauro Parra): Amenaza parto prematuro

Definición: Todo aquel se produce bajo 37 semanas. Contribuye a malformaciones fetales, insuficiencia placentaria, parto prematuro.

Sin embargo el foco actual debería ser partos bajo 34 semanas, ello pues alrededor de un 65-70% de la mortalidad está asociada aquí. En Chile un 6% de los partos se produce bajo 37 semanas y de ellos los ocurridos bajo 34 semanas es la mitad (3%).

Dos grupos: iatrogénico y espontáneo.

Estrategias de prevención:

- Establecer como indicación la realización de Ecografía a las 11-14 semanas y a las 22-25 semanas (se ha concluido que es la más importante medida de prevención para predecir condiciones asociadas a prematurez).
- Esta medida cumpliría tres objetivos: Diagnóstico de malformaciones congénitas, doppler arteria uterina (flujos a placenta) y Evaluación longitud cervix (PP espontáneo).

En el caso de la Preeclamsia: No hay evidencia de efectividad de la Aspirina. Se señala que reduce eclamsia un 25%. No hay consenso. La mejor medida: controles periódicos.

Además la Progesterona se ha mostrado útil para prevenir parto prematuro específicamente en mujeres con riesgo previo. Reduce riesgo a la mitad. En población general (Según el NEJM), Mujeres con cervix < 15 mm, disminuye el riesgo.

Si en Chile 250.000 partos, 10% riesgo 7500 partos.

a) Se recomienda Ecografía a las 22 semanas, medición de flujo arteria y medición de longitud de cervix. Mejor control y suministro de progesterona.

Proyectado: Reduce riesgo de 7500 10% espontáneo y 6% total. O sea se evitan 450 partos prematuros.

Preguntas:

1. Hay capacidad oferta (en términos de Recurso humano capacitado). Las mediciones implican software diverso al usado.

No tienen estimación clara de si es posible oferta actual en el sistema público. Dr. Silva está tratando de implementarlo en el SSMN para ver si es posible extenderlo. Además las nuevas generaciones ginecoobstetras manejan conceptualmente el tema. Hay servicios públicos que lo han implementado.

Costos: al respecto todas las pacientes del sector privado están cubiertas. No así en el sector público. Se cambia el foco a una estrategia poblacional no de factores de riesgo. Actualmente en guías clínicas de parto prematuro aparecen 3 ecografías durante el embarazo. Se solicita por los Consejeros chequear la oferta con Dra. Arcil. Se hace presente que la medición no ocupa mas de 5 minutos.

2. Diagnóstico precoz Cáncer Gástrico. Dr Antonio Rollan

Pronóstico: 12,2% sobrevida a los 5 años. En Japón es del 50%. Fundamentalmente por diagnóstico precoz.

Diagnóstico precoz: Ello consiste en la detección de tumor en mucosa o submucosa. El problema es que hay un porcentaje de asintomáticos. Por lo cual cuando hay síntomas significa cáncer avanzado.

Sobre esta premisa esta orientado el Auge, tratamiento a los sintomáticos y no a asintomáticos.

Detección de Cáncer Gástrico en asintomático:

- El principal marcador de riesgo es la presencia de Helicobacter pylori. Ello pues sólo se desarrolla en pacientes infectados (70 a 90% de riesgo). En Chile 73% de

la población infectada.

- Dentro infectados:

Gastritis predominante

Atrofia mucosa gástrica

Metaplasma intestinal

Donde buscar la población infectada pero asintomática y de alto riesgo?

- Está en el Centro sur del país.

Como detectarlo? A través de una Biopsia serológica: Detecta la atrofia gástrica.

Propuesta de focalización de la detección temprana del Cáncer Gástrico:

- En Comunas alto riesgo
- Población > 40 > 65

Medida a adoptar:

Medida a adoptar:

Hacer biopsia serologica (Costo aproximado de 10.000 por paciente) y determinación de pepsinógeno, definiendo con esos antecedentes el esquema de control a seguir.

Actualmente la Endoscopia digestiva estándar (practicada a los sintomáticos), no sirve por ser de baja tecnología.

Hoy día en AUGE la endoscopia se garantiza en mayores de 40 años sintomáticos. Esto implica un costo alto con baja sobrevida. Si cambiáramos a sistema focalizado con inversión parecida se cambiaría diametralmente las cifras actuales.

Además que los Gastroenterólogos están comenzando a multiplicar el número de endoscopías digestivas, pero sin ningún objetivo claro.

Problema: El Helicobacter pilori en población asintomática, como consecuencia de la exposición masiva de la población a antibióticos, resulta mayor riesgo que beneficios

en la actualidad. Por ello se reserva para tratar grupos de alto riesgo. Tres antibióticos por dos semanas tasa de erradicación 85,5%. Actualmente familiares de casos son alto riesgo. Recaída a 3 años 13%. 10% en primer año.

Qué Garantía a incorporar en Auge?

- No abandonar a sintomáticos
- Mirar a los asintomáticos.
- Además estandarizar endoscopia. Están los equipos y las personas.
- Una posibilidad es incorporarlo en examen medicina preventiva y no en AUGE.

3. Cáncer cervicouterino (Catterina Ferreccio)

Cada año mueren 600 mujeres. Además sólo existe un 50% de cobertura efectiva del PAP.

Se ha establecido que el 52% de las pacientes con CACx tiene PAP previo.

CACx representa en sí en ese grupo fallas de tamizaje

Actualmente el PAP se encuentra en revisión en todo el mundo, pues se trata de un Test limitado. En Reino Unido un 47% de Ca invasor se presenta en mujeres que habían cumplido con su PAP pero se presenta una falla técnica en el análisis. En Nueva Zelanda un 33% de los PAP son mal interpretados cuando se ven historias mujeres con Cáncer. La conclusión es que el PAP es un test subjetivo y tiene alta tasa de errores. De hecho las máquinas detectan mas que personas.

Desde los años 80 se ha estudiado relación del CaCu con el virus papiloma. Se ha concluido que es un causa necesaria para Ca CU.

Se ha logrado establecer que la Infección ocurre en general antes de los 30 años pero un porcentaje importante de la población femenina lo elimina.

Sin embargo un porcentaje menor se mantiene. De estas un porcentaje elimina virus y lesión. Persistencia más de 5 años sin erradicación, es decir ya sobre los 30 años de vida de la mujer. Con co-factores riesgo para Cáncer invasor.

En Chile hay dos estudios disponibles. Uno hecho en la Pintana y el otro el resultado

de Encuesta Nacional de Salud. En La Pintana 9% infectada y en la ENS 15%.

Virus representa un alto riesgo en mujeres jóvenes. Frente a ello correspondería focalizar los esfuerzos en detectar virus papiloma y no PAP. La propuesta es empezar un tamizaje a 30 años.

En Chile perfil genotipos de virus son de alto riesgo Genotipo 16 y 18. La evidencia demuestra que el Ca invasor se presenta en el 60% de esos genotipos.

Ambos genotipos están en la vacuna para el virus papiloma humano, sin embargo resulta necesario dejar claro que la vacunación debe efectuarse antes de primera infección.

Geográficamente el Norte de Chile tienen un predominio de alto riesgo comparado con el sur.

Propuesta

Incorporar detección papiloma como tamizaje en mujeres mayores riesgo. Existe técnica que detecta los 13 mas frecuentes pero es cara. Se está desarrollando nueva técnica rápida que se puede hacer en APS y detectaría 14 genotipos.

Las mujeres negativas pueden quedarse tranquilas por 5 años. Sin embargo el poder predictivo positivo no es tan bueno, para mejorarlo se requiere un segundo triage.

Costo efectividad 1 tamizaje vs PAP es más costo efectivo.

En Chile.

Tamizaje primario: Mujeres de 30 años?. Cuantos casos perdemos?.

Si positivos PAP o colposcopia (evaluar con estudio costo efectividad). PAP es específico. Virus papiloma anual.

Actualmente no hay capacidad para implementar el tamizaje en Chile, sin embargo el ISP puede desarrollar técnica. Costo unitario actual (según datos de la Clínica Alemana de Santiago) sería de \$30.000.

Vacunación no presenta evidencia en niñas. Al respecto los ensayos clínicos disponibles sólo se han efectuado en mujeres mayores.

4. Enfermedades Respiratorias en niños

Asma bronquial: Es una sola enfermedad. Debe haber un solo programa nacional Asma Bronquial en niños menores 15 años. La Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias envió una propuesta de Programa manejo y tratamiento asma bronquial. Párrafos textuales fueron incorporados a los programas Minsal. Revisaron guías y evidencia hasta 2006.

Actualmente: niños menores 5 años en IRA. Propuesta sacar Asma de IRA y programa Nacional.

Estudio funcional respiratorio se hace a partir de los 5 años. Antes es poco confiable. Esta es la única diferencia.

En menores 3 años se debe efectuar un diagnóstico diferencial acabado con SBO niño y bronquiolitis.

El Asma es 10 veces más prevalente en niños que en adultos.

Hay nueva terminología que agrega controlado o no controlado. No hay tratamiento curativo. Solo controla síntomas. Dosis 50-100ug puff en menores 5 años de corticoides inhalatorios. En mayores 50 años 200.

Cámaras utilizadas actuales son de pésima calidad para niños. Se debe suministrar Cámaras bivalvuladas en todos los consultorios. Hay que disponer de corticoides más B agonistas. La adherencia al tratamiento es de un 30% (madres). Con buena educación la adherencia aumenta a 60%.

La adherencia al tratamiento en adolescentes 15%. Con educación sube a un 50%.

IRA: El tratamiento con Amoxicilina es correcto.

La prescripción de Cefuroximo como 2ª alternativa, no tiene sentido por resistencia presente. Lo que procedería es prescribir Cefalosporina de 3ª generación y hospitalizar al niño.

Hay superposición de bronquiolitis, asma y bronquitis. Concepto de bronquitis obstructiva es la norma actualmente. Frente a esto hay que racionalizar las terapias. La presencia de Bronquiolitis es importante por la infección por Virus Respiratorio Sincicial. Al confundir términos implica todos los pacientes son tratados iguales. Evidencia actual para el tratamiento de la bronquiolitis recomienda sólo Oxígeno

terapia.

Estrategia para disminuir Neumonía: Vacunación conjugada Streptococo Pneumonia. 2, 4 y 6 meses. Costo beneficio: Dos publicaciones han presentado sus resultados satisfactorios.

Finalmente se debe chequear la clasificación. Asma persistente leve no esta incluido actualmente.

Preguntas:

- Prevalencia asma en Chile por edad: Según el Dr. Javier Mayor (2005). Prevalencia 17% . 15% Santiago.
- Prevalencia asma severa. % en las IRA del Asma y Bronquiolitis. Bronquiolitis es mayor en invierno Abril Agosto.
- ¿Cómo se diagnostica bronquiolitis?.El Diagnostico se hace con VRS +. Publicación AAP (2006). No existe indicación de corticoides en bronquiolitis. Una publicación del NEJM de Julio 2007 va en el mismo sentido.

5. EPOC (Dr. Undurraga).

Se avocó a revisar la guía EPOC.

Dr. Valdivieso pregunta si existe realmente hasta 25% genes inhabituales en Chile y si influye en el tratamiento?. No se sabe. Sin embargo la Vacuna antineumonia en mayores 65 años es importante.

6. Diabetes tipo 2.

La última evidencia disponible: Diabetes care 2006, 29 S4-S 42. Dr. Sapunar. Se hace presente que la guía clínica fue redactada con participación de la Sociedad Chilena.

Se puede prevenir Diabetes: Mas bien lo que se puede hacer es retardar la

progresión de los síntomas. Ello se logra en base a cambios en los estilos de vida mas que con la prescripción de medicamentos. Al respecto existen 5 estudios disponibles.

En China estudio en población no obesa. Resultado: se reduce progresión enfermedad. Además Estudio efectuado en Finlandia es importante.

Se recomienda la Metformina como droga de elección.

Recomendación:

- Actividad física de 30 minutos al día
- Modificación alimentaria
- Focalizar: Individuos con IFG e IGT y una de las siguientes:
 - < 60 años
 - BMI 35 kg/m²
 - Triglicéridos elevados
 - Reducir colesterol HDL
 - Hipertensión/HB glicosilada sobre 6
- Usar Metformina.
- Importante usar enfoque integrado.

Pregunta:

Adherencia a cambios estilo de vida?. Demuestra Eficacia vs efectividad. Se desarrolla a nivel Poblacional o focalizado.

7. Hipertensión arterial (Dra. Gloria Valdes)

Protocolo Auge: Dra. Valdés envió nota a Dr. Infante con propuestas de modificación..

- a. ¿Existen métodos diagnósticos precoces?: Si. tomar PA en buena forma de manera poblacional, no en caso de urgencia, debe ser en reposo.
- b. ¿Prevención secundaria: Sin duda es efectiva. Últimos estudios: debe tratarse

PAD 90-100?. Sí para reducción AVE e IM.

Existe límite para reducir cifras tensionales?. Estudio muestra que límite es aprox 83-86 mm Mercurio. En Chile 90 mm Hg

c. En USA mortalidad por EC ha disminuido en parte atribuible a manejo de la HTA. Un buen marcador es AVE (para atribuir a tto. HTA). En general en USA bajando pero IR Terminal esta aumentando. Ascenso mas marcado en diabéticos fundamentalmente.

d. ¿Existen anti-hipertensivos que tengan efectos beneficiosos adicionales?.

En diabéticos mejor bloquear sistema renina -angio- aldosterona por mejor efecto en riñón.

En estos momentos se esta usando punto corte 140/90. Recomendación cambiar a grupo normal alto de diástolica.

Énfasis en la dieta: Reducir sodio en dieta es crucial.

Importante establecer el examen preventivo poblacional.

8. IRC (Dr. Emilio Roessler)

Se efectuaron sugerencias de revisión de guías clínicas, pero en general está bien.

Sin perjuicio de lo anterior, resulta crucial efectuar trasplantes a más temprana edad pero ello se topa con la disponibilidad de órganos que es otra materia diversa.

Resulta crucial que el 30% de los pacientes requiere Eritropoyetina y que su entrega mejora notablemente la calidad de vida y de tratamiento del paciente. Se requiere ampliar la cobertura GES de Eritropoyetina a más pacientes

3. Fijación de Sesiones

El Presidente expone que para elaborar el informe requerido por el Ministerio, respecto del piloto AUGE 2008 y de las mejoras en las canastas que el Consejo propondrá, estima como fecha probable de sesiones el viernes 7 o Lunes 10 de octubre de 2007.

Se acuerda por unanimidad precisar la fecha vía correo electrónico.

VARIOS

El Presidente confiere la palabra a los Consejeros para exponer algún tema de interés, no habiendo interesados.

Sin otros asuntos que tratar, el Presidente levanta la sesión.

HORA DE TÉRMINO

La sesión finaliza siendo las 15:47 hrs.

Luis Eduardo Díaz Silva

Abogado Secretario Ejecutivo

Consejo Consultivo Garantías Explicitas en Salud

Ley N°19.966