

EDITORIAL

2024

Estamos en la frontera imaginaria que hay entre dos años y tenemos constancia de ello gracias a las fiestas en familia, a las uvas y las 12 campanadas de la Puerta del Sol; en el resto del mundo pasa algo similar. Debemos festejar el cambio como si se abriera un nuevo paradigma, pero en verdad es que continuaremos con lo mismo que venimos haciendo. Nos hacemos promesas que difícilmente vamos a cumplir y los conflictos en el mundo seguirán con su andadura. Además, difícilmente aprendemos de la experiencia y prueba de ello es que, tras sufrir una terrible pandemia, a la hora de tener todo bajo control, esto sucede. Y vaya de ejemplo que, ante el pleno invierno, una consulta con tu médico de cabecera tarda al menos 10 días para que te la otorguen. Las urgencias se saturan, el profesional se ve desbordado y el ciudadano se ve impotente a instancias de vaya a saber que designio ha provocado este problema tras la experiencia acumulada con la COVID-19.

Dedicamos esta edición para completar las ponencias del primer día de nuestra *2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras*. En los próximos dos números publicaremos todas las ponencias del segundo día. Estamos seguros de que la calidad de éstas nos abrirá nuevos horizontes al conocimiento de qué sucede en países hermanos.

Y como no: ¡Feliz Año Nuevo!

M. B / J. A.

SUMARIO

Editorial: 2024	1
Noticias en red 1: Declaración de la COP28	4
Programa 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras	6
Ponentes jueves 19.10.23 y viernes 20.10.23	7
Tuberculosis: enfermedad desatendida durante la pandemia	9
Suyapa María Sosa Ferrari Jefa del Servicio de Neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar. Presidenta de la Asociación Hondureña de Neumología y Cirugía del Tórax.	
Libros Memorias de la COVID-19	14
Noticias en red 2: Proyecto Respirar en el Congreso De los Diputados	14
Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de tuberculosis y COVID-19	15
Leonel Argüello Yrigoyen Presidente de la Sociedad Nicaragüense de Medicina General y presidente de la Unión Iberoamericana de Médicos Generales y de Familia. Nicaragua.	
Noticias en red 3: BioSim renueva su Junta Directiva	20
Las personas con adicciones en prisión. Intervención de Cruz Roja Española	21
Juan Jesús Hernández González-Nicolás Médico del Área de Salud de Cruz Roja.	
Noticias en red 4: COVID Persistente	24
Noticias en red 5: Vuelven las mascarillas	24
¿Por qué las neumonías son más frecuentes en niños de países pobres?	25
Roberto Alfonso Accinelli Tanaka Neumólogo del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.	
Noticias en red 6: Carta Abierta de Bill Gates - IA	29
Consejo Editorial	30
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	32

Publicación de la Red TBS-Stop Epidemias
Edición Sanidad Global 2023 / SSN: 2660-7263
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo.

Fotografías: M. Consuelo Alcaide; Depositphotos;
Red TBS-Stop Epidemias; Infomedpress y agencias.
www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org
e-mail: redtbs@redtbs.org

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias



Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias



Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



12ª Jornada de Actualización: TB-posCOVID 2024

REDTBS
STOP EPIDEMIAS



El 21 de marzo, de 9.00 a 15:00 horas realizaremos nuestra jornada anual presencial en la sede del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

**Receta
saludable
para 2024**

Ingredientes:

*Disponer de una porción grande de nosotr@s.
Añadir otra igual de vosotr@s.
Emulsionar con una medida importante de empatía.
Salpimentar con alegría y buen hacer.
Elaborarla con actitud positiva y proceder con mente clara, abierta, y con espíritu generoso.
Mezclar con convicción y alentar, día a día, la acción solidaria.
El plus es gratinar con amor.*

REDTBS
STOP EPIDEMIAS

Cocinar a fuego lento durante todo el año



1

COP28

¿El vaso medio vacío o medio lleno?



La Conferencia de las Partes es la Cumbre Anual que realiza la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC) donde se reúnen los 196 países que acordaron en esta cumbre del clima de Dubái cerrar el miércoles 14 de diciembre el texto definitivo de su declaración de la COP28. A pesar de que no se ha redactado con un lenguaje directo como reclaman muchos países, por primera vez en la cumbre del clima hay una mención explícita para acabar con los combustibles fósiles, principales culpables del calentamiento global y el consecuente cambio climático: "transitar para dejar

detrás los combustibles fósiles". Organizaciones ecologistas señalan que se trata de un compromiso "insuficiente" y que se debería acelerar el fin del petróleo, el gas y el carbón. De esta cumbre salen multitud de acuerdos como lo es sobre la "financiación", "mitigación" o "adaptación", pero para todos ellos sigue siendo la palabra "insuficiente" el hilo vector.

La primera versión redactada por Emiratos Árabes Unidos como organizadora generó un descontento generalizado; finalmente, la segunda propuesta ha sido la aprobada. Los Estados petroleros que estaban a favor de seguir usando hidrocarburos como el petróleo, gas y carbón y son quienes más se oponían a quienes pedían su final, la UE y otros tantos países afirmaban lo contrario; final han llegado a un tibio punto común de entendimiento que será la guía de la acción climática durante toda la próxima década.

El texto acordado por unanimidad no incluye de manera explícita la eliminación progresiva (*phase-out*) de los combustibles fósiles. Tampoco siquiera el otro concepto en disputa durante toda la cumbre de (*phase-down*) o reducción progresiva. Al final, en un intento de contentar a todas las partes, la presidencia ha recurrido a "*transitioning away*", un concepto nuevo en las negociaciones con el que se insta a una "transición" para alejarse del carbón, el petróleo y el gas.

En la primera versión del texto se hacía referencia a "reducir" el consumo como la producción de combustibles fósiles, "de manera justa, ordenada y equitativa, a fin

de alcanzar el objetivo de cero emisiones netas antes de 2050 o en torno a esa fecha, de conformidad con los conocimientos científicos"; no se logró el consenso. Finalmente, la propuesta dice que es necesaria una "transición" hacia el abandono de los fósiles en los sistemas energéticos, de manera justa y ordenada "acelerando las medidas en esta década crítica".

No obstante, es la primera cumbre climática en la que se acuerda en un texto que hace referencia al fin de los combustibles fósiles. El carbón, el petróleo y el gas representan el 80% de la energía mundial y son las causas de que en el planeta tierra la temperatura haya aumentado 1,46°C.

La declaración "instan a las partes a que contribuyan" a los esfuerzos hacia la transición energética, pero teniendo en cuenta las "diferentes circunstancias, trayectorias y enfoques nacionales". Empero esta sugerencia no es más que una invitación a ello y no es vinculante ya que "instar" es un término flexible.

El texto no menciona específicamente al petróleo, al gas y respecto al carbón sugiere "acelerar los esfuerzos hacia la eliminación progresiva". Otra frase se refiere a "acelerar los esfuerzos a nivel mundial hacia sistemas energéticos de emisiones netas cero". Llama a ampliar considerablemente la capacidad mundial de energía renovable y duplicar la eficiencia energética para 2030 y también "acelerar la reducción de emisiones del transporte por carretera a través del desarrollo de infraestructuras y el rápido despliegue de vehículos de emisiones cero y bajas".



Sigue en la página 5



1

COP28

¿El vaso medio vacío o medio lleno?



Para muchos países, científicos, organizaciones y activistas del clima el texto final es insuficiente y menos que ambicioso porque no marca fechas en el proceso de la eliminación del uso del petróleo, el gas y el carbón. Los más afectados y críticos son los representantes de algunas islas del Pacífico que ven peligrar su existencia con cada décima que aumenta la temperatura y para ello es vital la eliminación expresa de todos los combustibles fósiles cuanto antes; un plan que determine plazos para la transición a ello.



El secretario general de la ONU, António Guterres, ha sido muy concreto ante el acuerdo alcanzado en la cumbre COP28: “A quienes se opusieron a hacer una referencia clara a la eliminación gradual de los combustibles fósiles durante la Conferencia, quiero decirles: les guste o no, la eliminación de los combustibles fósiles es inevitable. Esperemos que no llegue demasiado tarde”.



La ministra de Transición Ecológica, Teresa Ribera, manifestó en una entrevista qué opinaba sobre la declaración de la COP28: “Sí, creo que es un buen acuerdo y que logramos capturar el impulso de esta enorme demanda para pasar de un mundo de combustibles fósiles a un mundo libre de combustibles fósiles. Y creo que es una



muy buena noticia. Estoy muy feliz por conseguirlo. Por supuesto, hay cosas que nos hubiera gustado ver mucho más desarrolladas en el texto. Pero contamos con cada uno de los países, que es clave”.

Conferencia de Partes (COP) realizadas desde la primera en 1995 hasta 2023 y próxima a realizar

COP1 - Berlín (Alemania) 1995
COP2 - Ginebra (Suiza) 1996
COP3 - Kyoto (Japón) 1997
COP4 - Buenos Aires (Argentina) 1998
COP5 - Bonn (Alemania) 1999
COP6 - La Haya (Holanda) 2000
COP6/2 - Bonn (Alemania) 2001
COP7 - Marrakech (Marruecos) 2001
COP8 - Nueva Delhi (India) 2002
COP9 - Milán (Italia) 2003

COP10 - Buenos Aires (Argentina) 2004
COP11 - Montreal (Canadá) 2005
COP12 - Nairobi (Kenia) 2006
COP13 - Bali (Indonesia) 2007
COP14 - Poznań (Polonia) 2008
COP15 - Copenhague (Dinamarca) 2009
COP16 - Cancún (México) 2010
COP17 - Durban (Sudáfrica) 2011
COP18 - Doha (Catar) 2012
COP19 - Varsovia (Polonia) 2013

COP20 - Lima (Perú) 2014
COP21 - París (Francia) 2015
COP22 - Marrakech (Marruecos) 2016
COP23 - Bonn (Alemania) 2017
COP24 - Katowice (Polonia) 2018
COP25 - Madrid (España) 2019
COP26 - Glasgow (Reino Unido) 2021
COP27 - Sharm el Sheikh (Egipto) 2022
COP28 - Dubái (Dubái) 2023
COP29 - Se celebrará en Azerbaiyán

Jueves 19 de octubre de 2023

17:00 h - 17:10 h Bienvenida a la 2ª Jornada Iberoamericana

Tomás Cobo Castro España
Presidente del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Vicepresidente de la UEMS y vicepresidente de la CONFEMEL.

17:10 h - 17:20 h Presentación de la 2ª Jornada Iberoamericana
Julio Ancochea Bermúdez España
Moderador de la jornada. Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

17:20 h - 17:35 h La Red TBS-Stop Epidemias y sus actuaciones en centros sociosanitarios
Javier García Pérez España
Secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias. Presidente de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica

17:35 - 17:50 h Impacto de la pandemia de COVID-19 en la prevención y control de la TB en México (I)
Héctor Javier Sánchez Pérez México
Jefe del Grupo Académico de Salud, Género y Desigualdad Social del Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR). Chiapas.

Cristina Gordillo Mallorquín México
Secretaria técnica y cofundadora de ARTB-México y de la Red Mexicana de Investigación en Tuberculosis y Micobacteriosis.

17:50 h - 18:05 h Estrategias de manejo de la Tuberculosis en las Penitenciarias de Paraguay

Cynthia Beatriz Céspedes Gamarra Paraguay
Supervisora Nacional del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

18:05 h - 18:20 h Impacto de la COVID-19 en el diagnóstico de tuberculosis en el Estado más poblado de Brasil
Erica Chimara Silva Brasil
Directora Técnica del Laboratorio de TB y Micobacteriosis del Instituto Adolfo Lutz. São Paulo.

18:20 h - 18:35 h Tuberculosis: enfermedad desatendida durante la pandemia
Suyapa María Sosa Ferrari Honduras
Jefa del Servicio de Neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar. Presidenta de la Asociación Hondureña de Neumología y Cirugía del Tórax.

18:35 h - 18:50 h Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de tuberculosis y COVID-19
Leonel Argüello Yrigoyen Nicaragua
Presidente de la Sociedad Nicaragüense de Medicina General. Presidente de la Unión Iberoamericana de Médicos de Familia.

18:50 h - 19:05 h Las personas con adicciones en prisión. Intervención de Cruz Roja para la mejora de la adherencia
Juan Jesús Hernández González-Nicolás España
Médico del Área de Salud de Cruz Roja.

19:05 h - 19:20 h ¿Por qué las neumonías son más frecuentes en niños de países pobres?
Roberto Alfonso Accinelli Tanaka Perú
Neumólogo. Hospital Nacional Cayetano Heredia. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Cayetano Heredia.

19:20 h - 20:00 h Debate - Moderador
Julio Ancochea Bermúdez España
Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

PROGRAMA

Viernes 20 de octubre de 2023

17:00 h - 17:10 h Continúa la 2ª Jornada Iberoamericana
Julio Ancochea Bermúdez España
Moderador de la jornada. Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

17:10 h - 17:25 h Actualización de las actividades en el marco del Plan de tuberculosis del Ministerio de Sanidad de España
Carlos Peralta Gallego España
Jefe de Área de la División de Control de VIH, ITS, hepatitis virales y TB. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.

17:25 h - 17:40 h Tuberculosis en Portugal: desafíos en control, diagnóstico y vigilancia de laboratorio
Rita Macedo Portugal
Jefa del Laboratorio Nacional de Referencia para la Tuberculosis del Instituto Nacional de Salud Dr. Ricardo Jorge, de Lisboa.

17:40 - 17:55 h Situación de las enfermedades infecciosas prevalentes en los centros penitenciarios
Enrique Acín García España
Jefe del Área de Salud Pública de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Ministerio del Interior.

17:55 h - 18:10 h Inequidad y prevención de enfermedades virales
Carlos Rodríguez Taveras República Dominicana
Jefe del Servicio de Infectología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

18:10 h - 18:25 h ¿Qué es EPOC? ...o lo que las personas creen entender o entienden
Patricio Jiménez Chile
Profesor Titular de Medicina. Miembro activo de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias y de ALAT.

18:25 h - 18:40 h Detección de la EPOC en la Atención Primaria (Estudio con 720 pacientes)
José Roberto Jardim Brasil
Profesor Senior de Enfermedades Pulmonares en la Escola Paulista de Medicina de la Universidad Federal de São Paulo. Expresidente de la Asociación Latino Americana del Tórax. Miembro del Comité de Planificación de la American Thoracic Society.

18:40 h - 18:55 h Si tienes asma no vengas a Latinoamérica
Gabriel Ricardo García Argentina
Director del Centro de Investigaciones Respiratorias, CEPIR (La Plata). Expresidente de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Exdirector del Departamento de Asma de ALAT.

18:55 h - 19:10 h Migrantes vulnerables en la selva de Darién 23
José Antonio Suárez Sancho Panamá
Asesor de enfermedades tropicales. Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la Salud.

19:10 h - 19:40 h Debate - Moderador
Julio Ancochea Bermúdez España
Presidente del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

19:40 h - 19:55 h Conclusiones
19:55 h - 20:00 h Despedida de la 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin fronteras

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

ESPAÑA

MÉXICO

PARAGUAY

BRASIL

HONDURAS

NICARAGUA

PERÚ

2ª Jornada Iberoamericana
Sanidad sin fronteras
Jornada: jueves 19 de octubre de 2023

Ancochea
Cobos
García Pérez
Sánchez Pérez
Gordillo
Céspedes
Chimara
Sosa
Arguello
Hernández
Accinelli

Jornada completa en el canal YouTube

ESPAÑA

PORTUGAL

REPÚBLICA DOMINICANA

CHILE

BRASIL

ARGENTINA

PANAMÁ

**2ª Jornada Iberoamericana
Sanidad sin fronteras**
Jornada: viernes 20 de octubre de 2023

Ancochea
Peralta
Macedo
Acín
Rodríguez
Jiménez
Jardim
García
Suárez
Romero

REDTBS
STOPEPIDEMIAS

Jornada completa en el canal YouTube 

Suyapa María Sosa Ferrari

Jefa del Servicio de Neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar. Presidenta de la Asociación Hondureña de Neumología y Cirugía del Tórax y de la Federación Centroamericana de Neumología. Honduras

Tuberculosis: enfermedad desatendida durante la pandemia

Gracias Mario, gracias julio por tus palabras. Dedicaré los próximos minutos para hablar sobre la tuberculosis, una de las enfermedades desatendidas durante la pandemia de la COVID-19 que, con su aparición ocasionó una disminución grandísima en cuanto a los diagnósticos de tuberculosis y hubo una desviación profunda de los recursos, tanto económicos, como sociales y sanitarios que teníamos disponibles en nuestro país para el control y el diagnóstico de las enfermedades; el cáncer es otra de las enfermedades que también sufrió muchísimo en su diagnóstico y tratamiento y la sigue sufriendo. Vemos cómo los programas de control de la tuberculosis sufrieron un desvío de recursos hacia el control de la pandemia. Desde hace años, el Programa Nacional de tuberculosis se había unido a otros doce programas, incluyendo malaria, dengue, Zika... lo que hizo que el programa de TB sufra una mutilación gravísima de atención.

Según la Organización Mundial de la Salud, un 21% de personas con TB no fueron diagnosticadas en el 2020 y esto daría una mortalidad en el mundo de casi medio 500 000 de personas (Imagen 1).

Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), muestran que los diagnósticos notificados de TB disminuyeron un 19% en 2020 y permanecieron un 12% más bajos en el año 2021, al comparar antes, a la pandemia. Y estas disminuciones se han visto relacionadas con factores asociados a la pandemia que incluía una combinación de casos no diagnosticados, pero también habla de una reducción en la incidencia de tuberculosis porque hay cambios en la atención médica y también debido a la singularidad de los síntomas entre COVID y la TB que pudo llevar a que se retrasarán o dejarán de hacer los diagnósticos de tuberculosis.



Moderador: Vamos a seguir adelante con una persona a la que quiero mucho. La que conocí en Honduras durante un congreso Centroamericano y del Caribe de Neumología. Ella es la jefa del Servicio de Neumología del Instituto Nacional Cardiopulmonar de Tegucigalpa, en Honduras. Presidenta de la Asociación Hondureña de Neumología y Cirugía de Tórax, y de la Federación Centroamericana de Neumología. Además, es coordinadora de posgrado en Neumología en la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Suyapa María Sosa Ferrari es no solo una gran profesional sino también una luchadora por la salud pública. Hoy nos va a hablar de tuberculosis, enfermedad desatendida durante la COVID-19. Y nos habla ahora desde Honduras.

- La aparición de la pandemia COVID-19 ocasionó una desviación profunda de recursos económicos, sociales y sanitarios disponibles limitando el control, diagnóstico y pronóstico de enfermedades.
- Los programas de control y prevención de la tuberculosis sufrieron el desvío de recursos hacia el control de la pandemia.
- Según la Organización Mundial de la Salud un 21% de personas con TB no fueron diagnosticadas en 2020, lo que ocasionaría una mortalidad de 500.000 personas.

Datos de CDC

- Muestran que los diagnósticos notificados de TB disminuyeron un 19 % en 2020 y permanecieron un 12 % más bajos en 2021, al comparar antes a la pandemia.
- Estas disminuciones están relacionadas con factores asociados a la pandemia de COVID-19, que incluye una combinación de casos no diagnosticados y una reducción en la incidencia de la TB. Los cambios generalizados en la atención médica y las similitudes en los síntomas entre el COVID-19 y la tuberculosis pueden haber llevado a que se retrasaran o dejaran de hacer los diagnósticos de TB.
- Ambas enfermedades se transmiten por el aire, el uso de mascarillas y el distanciamiento social, pueden haber resultado en una reducción en la incidencia de la tuberculosis.

2 <https://www.cdc.gov/tb/pressroom/fact-sheets/tb-in-the-usa-2021-2022.htm>

- Se cree que pudo haber un descenso en los casos registrados de TB, tras la adopción de medidas preventivas para la COVID-19.
- Se consideran **tres causas** atribuibles:
- una infradeclaración de casos.
- un retraso diagnóstico por el desvío de recursos sanitarios (laboratorios de Microbiología, Atención Primaria o los programas de TB), saturación de los servicios asistenciales que dificultaron el acceso de los pacientes al sistema de salud
- miedo de la población a acceder a hospitales o centros de salud por temor a exposición a SARS-CoV-2.

3 *Arch Bronconeumol.* 2022; Mar; 18(3): 272-274.

Ambas enfermedades, como sabemos, se transmiten por el aire y el uso de mascarillas y el distanciamiento social puede haber tenido una reducción en la incidencia de casos de tuberculosis (Imagen 2).

Pero al mismo tiempo se considera que pueden ser tres causas atribuibles: La primera, una infradeclaración de casos, un retraso diagnóstico por lo que se desviaron los recursos sanitarios en laboratorio, en la atención primaria o en los programas de tuberculosis debido a que hubo una saturación de los servicios asistenciales que dificultaron el acceso de los pacientes al sistema de salud y el miedo de la población al llegar a los hospitales o a los centros de salud.

Quiero comentar que por lo menos en Honduras, los centros de salud ambulatorios en diferentes regiones del país se cerraron por miedo a la exposición, la gente no fue a trabajar y muchas personas era gente mayor con comorbilidades; prácticamente se retiraron de la atención. Lo otro fue que la prueba del GeneXpert, que para nosotros era tan importante, dejó de hacerse durante más de dos años porque también Estados Unidos controló su distribución (Imagen 3).

Estos son algunos datos de casos de tuberculosis en todas las formas, según la institución que notifica en Honduras en el 2022 y que fueron facilitados por la doctora Norma Artiles, jefa del programa Nacional de Tuberculosis de la Secretaría de Salud (SESAL). Vemos que quiénes somos los que diagnosticamos en nuestro país, la SESAL es la que tiene un 87% de diagnóstico, el Seguro Social un 5% y los centros penales un 8%.

Para nosotros los centros penales representan un nido, un caldo de infección tuberculosa. Hemos tenido varias reuniones con los médicos que están en los centros penales que nos expliquen por qué no disponen de más recursos, control, seguridad... o por qué todos los pacientes deben de ser trasladados a nuestro hospital cuando hay métodos y hay médicos que pueden hacer eso en la institución penitenciaria (Imagen 4).

Vemos que, por edad y sexo, el varón sigue siendo hasta ahorita el que más frecuentemente se afecta y que las edades van de los 20 a 25 años y también a 34, y económicamente activas, además están sumamente afectadas; pero también hemos visto una incidencia muy alta arriba de los 60 años en los últimos tiempos (Imagen 5). En cuanto al método de diagnóstico que se hizo en Honduras en el 2022 fue, la mayoría por baciloscopia, el GeneXpert fue únicamente un porcentaje poco más

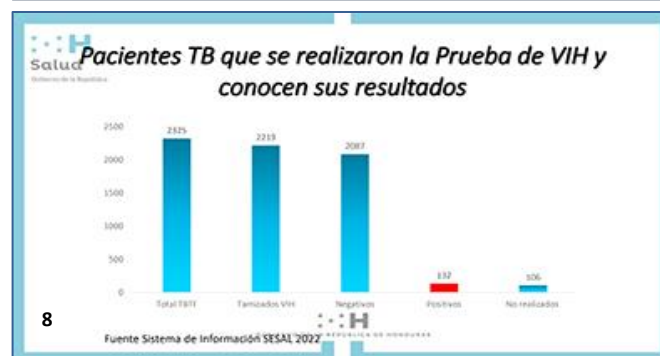
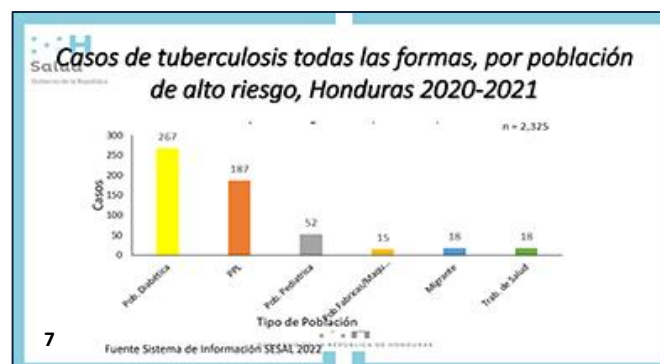
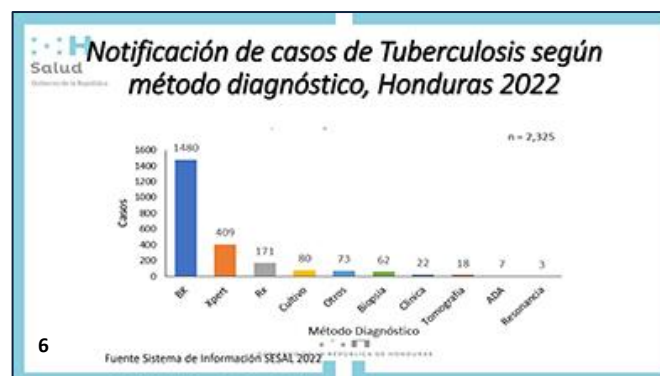
Sigue en la página 11

de los 2325 casos que se diagnostican y esto tuvo que ver mucho, por lo que les comenté de que no teníamos disponibilidad de este. En algunos lugares de Honduras todavía se hace el diagnóstico solamente por RX, que esto es un problema grande. En algunos casos vemos que esperan el cultivo, después vemos que la resonancia prácticamente no la utilizamos y de ADA en líquido pleural hemos tenido ausencia de ello en los últimos tiempos, por lo cual no lo estamos teniendo la disponible (Imagen 6).

En cuanto a las comorbilidades hemos tenido un aumento de pacientes con diabetes. Los privados de libertad representan las dos cargas más importantes. Hemos tenido un aumento en la población pediátrica para los neumólogos pediatras y esto representa una un signo de alarma importante; pero ellos mismos se quejan de que no están sintiendo tanto apoyo en cuanto al diagnóstico y al tratamiento. Y mucho de la población pediátrica se está perdiendo como lo vamos a mencionar posteriormente. Después tenemos en lugares donde hay mucha población migrante como en las maquilas, que son fábricas donde a veces están 300 o 400 personas trabajando sin medidas de bioseguridad; es un gran problema. Los migrantes, especialmente los que quieren irse a Estados Unidos, son capturados en México o Guatemala, y si llegan a Estados Unidos son deportados y muchos de ellos vienen con tratamiento incluido. En este sentido, nuestro hospital es el único hospital en todo el país que sí cumple las medidas de bioseguridad, donde tenemos lugar de aislamiento para los pacientes con TB, mientras que en otros lados están los pacientes positivos y negativos, están juntos en la misma área de hospitalización (Imagen 7).

Ahora, algo que sí tenemos que reconocer en la parte del programa es que para nosotros es obligatorio realizar la prueba de VIH en todos los pacientes. En esta gráfica, un porcentaje bien alto de 2325 y de 2219 tenían hechos el VIH y de estos la mayoría fue negativo y solamente 132 fueron positivos, los que automáticamente pasan al servicio de infectología para el recuento y las infectólogas inician el tratamiento correcto y ellos son los que dan el seguimiento en conjunto con nosotros (Imagen 8).

El número de pruebas Xpert MTB/RIF realizadas por laboratorio a nivel nacional en 2022 qué pasa aquí con el GeneXpert tenemos hasta ahorita 13 laboratorios.



Numero de pruebas Xpert MTB/RIF realizadas por Laboratorio a nivel nacional, Honduras 2022

Laboratorio	I semestre	II semestre	Total
LRIN	640	1084	1724
Copan	63	559	622
Cortes	90	478	568
Atlántida	193	317	510
INCP	0	480	480
HEU	107	323	430
Santa Bárbara	121	281	402
Yoro	131	198	329
Gracias a Dios	110	160	270
Choluteca	58	142	200
Islas de la bahía	39	64	103
Total	1552	4087	5638

Fuente Laboratorio Nacional de Tuberculosis, SESAL 2022



Tuberculosis y COVID-19

- 2020 - 48 casos
- 2021- 20 casos
- 2022- 11 casos



11

Retos a los que nos enfrentamos

- Privados de libertad
- Diabetes
- TBMDR
- Exposición al humo de leña

año	cantidad
2014	12
2015	16
2016	20
2017	21
2018	21
2019	12
2020	26
2021	17
2022	21
2023	13 incompleto
total	179




12

PROBLEMAS

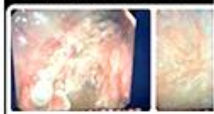
- RESISTENCIA ANTIFIMICOS: casos esperados 2022: 55 solo 18
- -70% brecha. OMS pide 89 Drogo resistentes anuales
- TB SENSIBLES
- OMS estima una detección de 3500 casos y solo se diagnosticaron 2300 (60 % de la meta)
- Días en los que diagnosticamos 6 casos diarios
- Imposibilidad de realizar cultivos para Mycobacterium tuberculosis

13

Dra. Suyapa Sosa @dras... - 24/8/23
Migrante con enorme cavidad tuberculosa izquierda. No descuiden el Programa. Hay muchísimos casos

Dra. Suyapa Sosa @dras... - 30/8/23
Preocupa la cantidad de Tuberculosis que diagnosticamos a diario con apoyo de GENOPERT. Y no hay para realizar cultivos que es lo más importante

Dra. Suyapa Sosa @dras... - 28/8/23
Tuberculosis de las enfermedades desatendidas que a diario se diagnostican.





14

Dra. Suyapa Sosa @dras... - 18/9/23
Dos casos más de Tuberculosis. Gracias al GENOPERT en menos de 6 horas podemos dar el diagnóstico

Dra. Suyapa Sosa @dras... - 28/8/23
Los casos de tuberculosis de hoy! Desde La Mosquitia, privados de libertad, inmunosupresión, diabéticos y 90 años! No respeta




15

Recientemente ha venido a mejorar muchísimo el diagnóstico y si miran el INCP aparece en cero y el Hospital Escuela en 107, que son, digamos, los dos hospitales más grandes del país y donde se diagnostica mayor cantidad de tuberculosis (Imagen 9).

Pero ya después, cuando por presiones con los medios de comunicación empezamos a denunciar que no teníamos GeneXpert, que era una barbaridad para el diagnóstico que no todo era COVID-19 porque también la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, el Fondo Mundial nos apoyó y nos dieron la posibilidad de conseguir nuevamente el GeneXpert que ahorita se está utilizando nuevamente.

Ahora esto sí, es grave para nosotros, porque nosotros en esto que nos da la doctora que estaba encargada de la vigilancia de la salud en el 2019, aparecen los cinco tipos de demora en un paciente con tuberculosis desde el inicio de síntomas hasta que el paciente llega al establecimiento de salud y vemos que el paciente a veces llega, pero no le hacen una baciloscopia, sino que le empiezan a tratar con antihistamínicos o con antibióticos que para el reflujo. No mejora y entonces ahí sí comienzan a utilizar la solicitud de las muestras de esputo.

Pero en este tiempo, hasta que el paciente llegue a ser diagnosticado, ocurrían una mediana de 95 días, más de 3 meses que esto es demasiado tiempo. En este momento este promedio de días ha mejorado, pero no lo suficiente y solo ha logrado bajar a alrededor de 80 días (Imagen 10).

Respecto a la TB y COVID-19, lo que nosotros vimos en el hospital en el 2020 son 48 casos diagnosticados; solo estoy hablando de mi hospital. En el 2021, 20 casos y en el 2022, 11 casos que eran pacientes que estaban en la sala de tuberculosis y que también tenían la COVID-19. Pero recordemos que este hospital era únicamente el 100% y durante la COVID-19 era de atención exclusiva para la COVID-19 y los pacientes obviamente de tuberculosis, especialmente los TBMDR, que solo pueden ser manejados en este hospital porque solo aquí podemos darles el tratamiento de segunda línea (Imagen 11).

Ahora, los retos a los que nos enfrentamos con los privados de libertad, como les mencioné, los pacientes diabéticos, la TBMDR, tenemos muchos pacientes expuestos al humo de leña, no solamente mujeres,

sino que también nuestros agricultores y donde ustedes pueden ver cómo se mira los cambios de antracosis, que es una variedad de neumoconiosis producida por la inhalación de polvo de carbón. En estas son dos imágenes radiológicas de privados de libertad, que venían con baciloscopia negativas, no entendemos si es que está funcionando mal, porque con esas cavidades que el paciente tiene son sumamente basilíferas y en la primera que nosotros hicimos el lavado bronquial y aparecieron todos un alto detectado.

Acá podemos ver la cantidad de privados de libertad y los TBMDR registrados en el año 2023 fueron 13. Esto todavía está incompleto, pero lo grave de esto es que un solo privado de libertad tenía 251 contactos. Las, los privados de libertad representan un problema gravísimo, no tanto el que está hospital, sino que todas las visitas que tiene porque estos pacientes se pierden o no se logra llegar a un diagnóstico (Imagen 12).

En cuanto TB sensible, según OMS, debe haber 89 drogo resistentes anuales y en el año 2022 y solamente se lograron diagnosticar 55, lo que ellos nos decían que teníamos más de un 70% de pérdida de estos pacientes. En cuanto a tener sensible, la OMS estima que nosotros debemos de diagnosticar 3500 y no logramos diagnosticar ni 2300 casos; o sea solamente estamos haciendo un 60% de la meta esto (Imagen 13).

¿Ahora qué pasa con nosotros, nosotros como Servicio de Neumología, posgrado de Neumología? Hacemos unas 700 a 800 broncoscopía anuales. Somos el único hospital público que hace este servicio y hay días en que logramos diagnosticar hasta seis casos diarios de tuberculosis. Y no podemos entender por qué no lo retiene si son pacientes que perfectamente se podrían haber diagnosticado en su lugar de origen. Y hemos tenido en los últimos meses la ausencia de realizar cultivos para mycobacterium tuberculosis. Esto lo hemos denunciado infinidad de veces y no lo saben explicar. Tenemos en este momento un nuevo jefe del programa que no está empapado de absolutamente nada, no nos lo explica y esto representa un problema grave porque no todo el



GeneXpert se ve, pero hay un 10% que se nos va a escapar; el cultivo nos daba el gol estándar y la seguridad y esto lo estamos perdiendo en este momento.

Nosotros hemos diagnosticado muchísimos TB en los últimos meses, yo creo que por lo menos 2 o 3 veces a la semana y hacemos denuncias por las redes sociales.

Aquí están algunos de los pacientes que hemos denunciado, de cómo tenemos de esta gente sumamente joven, y hasta personas de más de 90 años con enfermedades sumamente habitadas, sumamente avanzadas, pacientes que estuvieron en sus casas por miedo a no contagiarse de la COVID-19. Y esto es lo que estamos viviendo nuevamente que tenemos una normalización de nuestros servicios (Imagen 14 y 15).

Yo, obviamente, no soy muy querida por el gobierno porque nos la pasamos denunciando esto; ya tengo hasta amenazas del ministro de salud. Pero, pues, como dice Julio Ancochea, no nos vamos a dejar vencer, sabemos que nosotros tenemos la verdad y la justicia está con nosotros y, pues, seguiremos en esto. La tuberculosis sigue ahí, no se va a ir.

Para finalizar un ejemplo de este paciente que es de los últimos que se diagnosticaron esta semana, un señor de 82 años con un diagnóstico que se le hizo por broncoscopía (Imagen 16).

Esto era un pequeño resumen de este, lo de lo que yo les traía y muchísimas gracias a todos ustedes.



Ediciones Red TBS-Stop Epidemias: *Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1*, con prólogo de Federico Mayor Zaragoza, y *Memorias de la COVID-19. La Pandemia en las Américas*, con prólogo de Adolfo Pérez Esquivel. 151 autores en 52 ciudades de 20 países. Se puede acceder a su lectura formato digital en nuestras webs



Noticias 2 PROYECTO RESPIRAR

Julio Ancochea en el Congreso

El presidente de Asomega, Julio Ancochea, es director científico del proyecto Respirar y ha presentado en el Congreso de los Diputados el documento "Propuestas de consenso para una Estrategia en Enfermedades Respiratorias para el Sistema Nacional de Salud (SNS)". En su intervención inicial, Ancochea ha explicado que es un documento de consenso elaborado por un panel multidisciplinar de enfermos que integra a los pacientes de la Federación Nacional de Asociaciones de Enfermos Respiratorios, con un comité motor de distintas sociedades científicas como el Grupo Respiratorio de Atención Primaria, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria,



SEPAR, SEIC... y otros. La metodología de trabajo se ha traducido en seis líneas estratégicas, 16 objetivos, 30 propuestas de acción y una propuesta de evaluación de 35 indicadores de estructura, proceso y resultados. En el cierre de la jornada, que ha sido inaugurada por el presidente de la Comisión de Sanidad del Congreso, Agustín Santos, y el secretario de Estado de Sanidad, Javier Padilla. Julio Ancochea ha asegurado que "el diseño y despliegue de una estrategia de enfermedades respiratorias para el Sistema Nacional de Salud abre todo un conjunto de oportunidades que reportarán importantes beneficios para los pacientes, sus familiares y para el sistema en su conjunto".



Ha añadido que "queremos reivindicar con esta estrategia la trascendencia de la salud respiratoria, queremos dar vida a la vida de nuestros pacientes respiratorios mediante una atención integral y coordinada. Queremos que nuestros pacientes, cuidadores y familiares respiren vida. Compartimos ese sueño". Esta presentación en el Congreso de los Diputados abre una puerta a la interactividad entre las organizaciones científicas y representantes de la voluntad de los ciudadanos.



Leonel Argüello Yrigoyen

Presidente de la Sociedad Nicaragüense de Medicina General y presidente de la Unión Iberoamericana de Médicos Generales y de Familia. Nicaragua

Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de tuberculosis y COVID-19

Muchas gracias julio por tus amables palabras y gracias a los organizadores de esta 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras. Me llena de gozo participar porque es como regresar a tiempo anteriores, pues, aunque lo tenga que hacer de forma virtual, el título de mi conferencia es sobre “El impacto visible e invisible en la experiencia de la TB y la COVID-19 en Nicaragua”.

Llevo ya casi tres años de estar en el exilio, casualmente por hacer de lo que es invisible, visible. Muchos médicos tuvimos que salir del país producto de nuestra lucha de alertar y educar a la población sobre la COVID-19. Entonces, el relato que voy a hacer es más anecdótico que histórico y algo de información porque actualmente no dispongo de acceso a ella. Quiero contarles que mi acercamiento a la tuberculosis fue en los años 80, cuando estudiaba medicina en México y la tuberculosis era una enfermedad bastante frecuente. Escuchábamos en los sanatorios que con la gente con tuberculosis había que separarse de ellos. Todo ese montón de mitos que existen en nuestras ciudades latinoamericanas, tanto en las áreas urbanas como en la parte rural; este tipo de mito era mayor en la zona rural porque hay menos información sanitaria. Entonces, comenzamos a trabajar en el Ministerio de Salud después de que ocurrió la Revolución Popular Sandinista que permitió salir de la dictadura. Hoy en día me ha tocado vivir dos dictaduras de mi vida: la de entonces con Somoza y la actual.

En el Ministerio de Salud encontramos varias cosas significativas, primero que la enfermedad era frecuente y que entonces había un Programa Nacional de contra la Tuberculosis. Que había gente muy buena y con mucha experiencia sanitaria, inclusive yo mantuve a la gente del Programa de Tuberculosis anterior vigente. La gente del sector me llevaba aproximadamente treinta años de edad de diferencia y a pesar de ello logramos superar esta circunstancia y se pudo revisar toda la información.



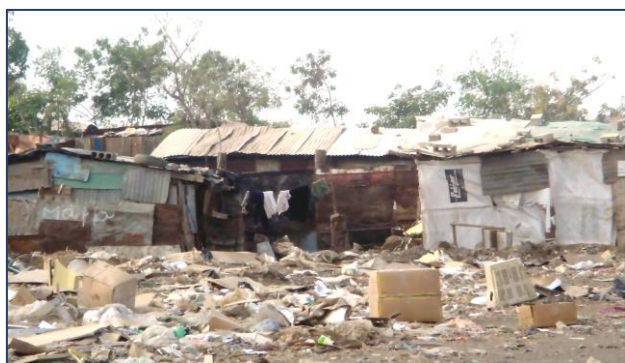
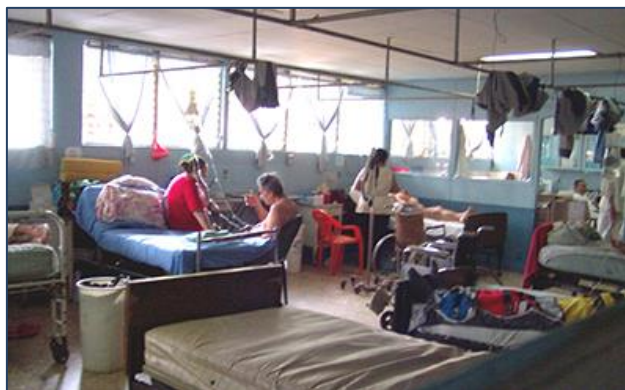
Moderador: Otro viejo amigo, al que también quiero mucho, Leonel Argüello Yrigoyen, que es nicaragüense, aunque está en el exilio en Estados Unidos. Es presidente de la Sociedad Nicaragüense de Medicina General y de Familia y presidente de la Unión iberoamericana de Médicos Generales y de Familia. Actualmente gestiona, voluntariamente, un programa de redes sociales que se llama “Por tu Salud Nicaragua” y se ha convertido en la principal fuente de información de salud independiente de su país natal. Lo conozco desde hace muchos años y he estado con él en Nicaragua en varias ocasiones donde creó una clínica de capacitación para actualización de médicos, enfermeras y fisioterapeutas en Ciudad Sandino. Junto con la SEMG de España coordinó un programa no gubernamental de educación médica continuada durante casi dos décadas y nosotros, como SEPAR Solidaria apoyamos esta actividad y nos implicamos mucho. También ha sido director de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua





Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de Tuberculosis y COVID-19.

- La Tuberculosis era una enfermedad frecuente desde antes de los años 80.
- ¿Qué encontramos al inicio de los años 80 ? Revolución Popular Sandinista.
- ¿Qué actuaciones realizó el Programa Nacional contra la Tuberculosis?



Había un alto nivel de cobertura de vacunación que nos llamó la atención y cuando comenzamos a profundizar un poco nos dimos cuenta de que casi todo era en la zona urbana y que eran las mismas personas. Entonces, en realidad era una forma de demostrar que la cobertura no era real.

Esto me llamó la atención porque eso fue imagínense ustedes hace cuarenta y pico de años y estamos ahora regresando, como que fuera de moda, a una situación donde el gobierno esconde los diagnósticos y donde se modifican los diagnósticos. Y, obviamente, el problema actual es muy difícil de resolver.

Volviendo a los 80, por otro lado, encontramos que la mayoría de la gente no cumple el tratamiento estándar, que hay un altísimo nivel de abandono y que Nicaragua era y sigue siendo el segundo país más pobre de América latina. Y que por lo tanto la tuberculosis está muy relacionada a la pobreza y debido a ello teníamos bastante tuberculosis. Entonces nos propusimos hacer con el Programa Nacional contra la Tuberculosis un esfuerzo para reactivarlo, ampliarlo y nos tratamos de concentrar en buscar cómo mejorar la captación de pacientes con tuberculosis y ahí les voy a ir contando que algunas de las barreras que tuvimos en la práctica fue con nosotros mismos, los médicos. Entonces se amplió la red de Atención Primaria, se duplicó prácticamente la red de AP en las zonas urbanas y rurales y eso ayudó muchísimo porque se dotó de personal médico y de enfermería y se comenzó a alertar sobre las muestras de esputo que si mal no recuerdo era de tres semanas; se tomaba una muestra de esputo y después de este amplio proceso se logró bajar el diagnóstico a quince días. No necesariamente por los médicos, ni por el Programa Nacional de Tuberculosis, sino por la participación de la población a la cual se le dio información y entonces ellos mismos promovían entre la gente que tuviera mejor disposición para la consulta. Logramos distribuir bastantes materiales educativos, lo cual era importante para que la gente aprendiera un poco más de la enfermedad, porque había mucho temor al respecto. Por otra parte, la gente no quería ir a hacerse la prueba y si alguien tenía la tuberculosis, pues se escondía. Popularmente se decía que “estaba dañado”. Obviamente era un estigma y es bastante fuerte que quiero decirlo todavía continúa, no al mismo nivel, pero sí continúa

Sigue en la página 17

este tipo de estigmatización. Hablamos de extinción de otras enfermedades, verdad, pero se nos olvida que la tuberculosis, a pesar de tantos años, sigue siendo rechazada en países como Nicaragua. Es rechazada por el personal de salud, sigue siendo rechazada por los gobiernos y sigue rechazando por los mismos pacientes y familiares. Entonces se aumentó el programa de cobertura de vacunación de la BCG. Se realizaban controles de focos epidemiológico en cada caso y el abordaje a familiares de pacientes con la enfermedad. En verdad que yo creo que con la COVID-19 los médicos y médicas hemos aprendido que la salud mental es un componente importante, entonces no se ha dado apoyo con psicólogos ni tampoco había una red tan grande, digamos, de gente de salud mental en este tiempo, pero es importante que siendo la tuberculosis una enfermedad que tiene un impacto fuerte en el individuo se aborde el área de la salud de salud mental y se le brinde apoyo.

Teníamos entonces dos sanatorios y de ellos uno inactivo y el otro se cerró. Las personas que asumimos la responsabilidad sanitaria éramos gente joven en la medicina moderna. Entonces comenzamos a rechazar la hospitalización de los pacientes porque eso ya no era una cosa importante, excepto aquellos casos que consideramos que era muy necesario. Nos dimos cuenta gracias a las discusiones serias que teníamos con la Unión Internacional que estábamos totalmente equivocados. La verdad es que sí, que era necesario poder de ingresar en algunos casos pacientes que tenían el problema de abandono del tratamiento. Pacientes alcohólicos, con enfermedades mentales y otros que por su lejanía en donde vivían no tenían acceso al medicamento y que era importante mantenerlo dentro de la de los hospitales. Esto lo logramos hacer a nivel de todo el país y tuvo un impacto enorme.

Quiero destacar sobre cuál era el comportamiento del médico ante la tuberculosis y voy a decirlo claramente: le tenía miedo a la tuberculosis, discriminaba al paciente con tuberculosis. Hubo que hacer un trabajo enorme de formación, convencer al médico que, primero, si el paciente ha estado recibiendo el tratamiento, después de 15 días era igual como que también existía el riesgo de contagiarte en cualquier transporte público, en cualquier lugar. O sea, que no era una enfermedad diferente a la al resto de enfermedades transmisibles. Fue difícil, fue difícil, eso nos llevó a repensar la situación



Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de Tuberculosis y COVID-19.

- ¿ Sanatorios y hospitalizar o no a las personas afectadas con TB?
- ¿Cuál era en general el comportamiento del médico frente a la Tuberculosis?
- Inicio del tratamiento acortado en Nicaragua y el rol de enfermería



Sigue en la página 18



Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de Tuberculosis y COVID-19.

- Rol de la comunidad y familiares de pacientes con TB. Contexto de guerra.
- Las enfermedades y las modas.
- Con la llegada del VIH Sida, la Tuberculosis fue visibilizada nuevamente.



del programa para cuando iniciamos el tratamiento acortado introdujimos a la enfermería como el elemento fundamental para el éxito del programa de tratamiento acortado. Y ¿por qué razón? Porque fíjense que a pesar de que pasó una revolución y se cambió la formación del médico, supuestamente no es así. Se siguió manteniendo la formación tradicional del médico y hemos sido muy pocos comunicadores; no sabemos utilizar palabras con el paciente y con el profesional. No le dedicamos mucho tiempo, en cambio enfermería tenía una formación académica mejor con la comunicación y relacionada con los pacientes que era más ordenada que la de los médicos. En términos generales somos un poco caóticos, no, no nos gusta seguir protocolos. No teníamos ese esquema y esa disciplina de trabajo, mucho menos para los registros y de que era importantísimo tener cuaderno de registro que nos permitieran evidenciar el impacto que se estaba dando en esto. Y, obviamente, pues el tratamiento supervisado era fundamental.

El rol de la comunidad, como señalaba antes, fue vital, porque ellos mismos se preocupaban por sus familiares y por el resto de la gente en la comunidad para que se fueran a hacer los exámenes. Y lo mismo con los pacientes con tuberculosis, verdad que ya no, no tenían tanto temor. Hay que recordar que todo esto va en un contexto de guerra, yo quise crear voluntarios para que dieran el tratamiento en las zonas de guerra, pero bueno el tratamiento corto, en ese tiempo internacional contra tuberculosis no me permitió, digamos, implementarlo.

Aquí quisiera concentrarme en las enfermedades y la moda. Lamentablemente, verdad, las enfermedades siempre están presentes porque va a depender del comportamiento humano. Y esto de las modas está en la ropa, igualmente en otras cosas van también con las enfermedades. Lo único que la moda la oculta y me refiero a la moda, por ejemplo, cuando hay ahorita gente que está más atenta a las enfermedades emergentes que a la propia tuberculosis y otras enfermedades más comunes, como si lo que nos está matando es lo común y no nos concentramos más en la tuberculosis.

Con la idea del VIH-sida, pues fue un alivio en el sentido de que la tuberculosis fue visibilizada nuevamente. Efectivamente, los países comenzaron a hacer ya las pruebas del VIH junto a las pruebas de tuberculosis. Pero bueno, como todos estos casos, que los todas estas organizaciones, que las llevan a un control, entonces se

Sigue en la página 19

quedan en silencio y prácticamente no queda información al respecto de eso.

Ahora, en relación con las epidemias, lo que estamos observando es que las epidemias siguen surgiendo y los comportamientos de los gobiernos en los términos generales no van de acuerdo con el enfrentamiento que debe tener una epidemia. Actúan únicamente durante la epidemia en vez de que los gobiernos deberían siempre estar alertando, educando, porque si un gobierno se queda callado con relación a una enfermedad, no te dicen nada de tuberculosis, la gente tiene todo el derecho a comportarse de tal manera que “si no tengo ningún riesgo, para que me voy a preocupar”. Al no dar información, el no compartir la misma con la población hace que esta disminuya sus métodos de control y al mismo tiempo piensa que ya no existe la TB. Si le preguntas a la gente joven sobre la tuberculosis, posiblemente no saben ni lo que es ni ha escuchado hablar de eso; vamos perdiendo entre generación y generación el conocimiento básico de una enfermedad de la que además tenemos todas las herramientas para controlarla. Los problemas fundamentales deberíamos tenerlos ahí enfrente y estar pensando continuamente en eso para hacer una asociación automática entre tuberculosis y la tos. Hacer una asociación rápida entre personas que estén bajando de peso. No lo estamos haciendo y ese es un problema serio. Ahora, no es nada más que tener el acceso al laboratorio, que muchas veces no se tiene, sino también que es el primer contacto con el paciente, ya sea a través de los voluntarios de salud o a través del personal de salud donde podremos tener un mayor control. Señalando pues o denunciando en el caso de lo que está ocurriendo es importantísimo porque es la única manera. Yo sinceramente no entiendo que otra vez, tras diez años de actividad en el Ministerio de Salud, alguien me dijera algo, que no era sobre los problemas que hay, porque no es vigilancia epidemiológica.

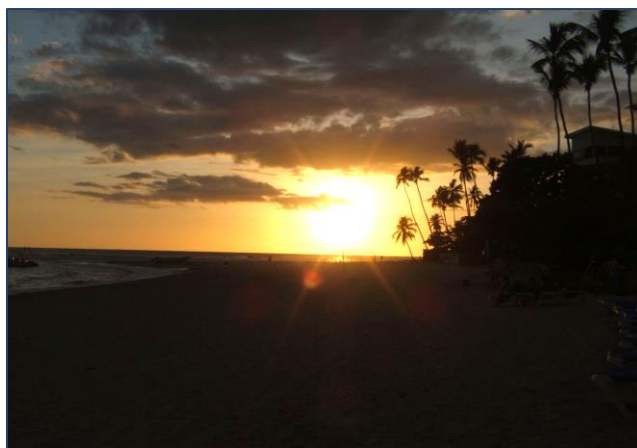
Entonces en la moda que hay ahorita de politización de las enfermedades o partidización pues esta situación nos está afectando tremendamente.

Por último, quiero recalcar que nuestra responsabilidad como personal del sector salud es hacer visible lo invisible. Necesitamos hacer la tuberculosis visible porque en Nicaragua nos están obligando a mantenerla invisible. Muchas Gracias.



Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de Tuberculosis y COVID-19.

- Las epidemias y los comportamientos de los gobiernos.
- Pandemia COVID-19.
- Silencio y la invisibilidad.



Nicaragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de Tuberculosis y COVID-19.

**Nuestra responsabilidad como personal del sector salud,
es hacer visible lo invisible.**

Noticias *en red* 3

BioSim renueva su Junta Directiva



Presidente / **Sandoz**
Joaquín Rodrigo



Vicepresidente / **Biogen**
Juan Pérez



Secretaria / **mAbxience**
Susana Millán



Tesorera / **Pfizer**
Concha Serrano



Vocal / **Amgen**
María Fernández



Vocal / **Kern Pharma**
Pepa Martínez



Vocal / **Lilly**
Teresa Millán



Vocal / **Organon**
María Eugenia Fisa

La Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BioSim) ha elegido su nueva Junta Directiva para los dos próximos años. Estará presidida por Joaquín Rodrigo, en representación de Sandoz, que resulta reelegido de esta forma para su quinto mandato y quien ha agradecido la confianza puesta en su persona y ha manifestado sentir “tanto la satisfacción como la responsabilidad que comporta este cargo, especialmente para un período que va a suponer un importante avance en el mercado de los biosimilares, con un número muy relevante de nuevos medicamentos autorizados, nuevas indicaciones y nuevos ámbitos terapéuticos en los que los biosimilares aportarán accesibilidad y eficiencia como ya lo han hecho en otras áreas”. BioSim seguirá asentado sobre los cinco pilares: el impulso de acciones en política farmacéutica dirigidas a fomentar el uso de los biosimilares; la participación como interlocutor con el gobierno en el Plan Estratégico de la Industria; la nueva legislación farmacéutica europea o el anunciado Real decreto de Precio-financiación; la generación de conocimiento científico-técnico; la formación a profesionales y a pacientes y la comunicación.



Para viajar en el 2024

Viaje responsable **DOX SENEGAL**

En 2024 nos iremos nuevamente a Senegal a vivir una experiencia única con un grupo reducido de personas. Tenemos la experiencia y a punto nuestros viajes responsables particulares. La oportunidad de acercarnos a Senegal y a sus gentes cuando os vaya bien y en compañía de quien os apetezca. Un viaje pensado con cariño para disfrutar de magníficos paisajes, playas y gastronomía; pero también para tener la oportunidad de conocer y convivir con las personas de allí. Queremos que los viajeros vivan y sientan otras realidades para acercarse a diferentes costumbres y maneras de ver la vida. Os invitamos a esta aventura en compañía de nuestros representantes en Senegal: Mbaye, Abdoul, Arouna y Marie Luise, personas orgullosas y enamoradas de su país. Personas comprometidas con la mejora del bienestar de las personas más vulnerables.

INFORMACIÓN COMPLETA



Juan Jesús Hernández González-Nicolás

Médico del Área de Salud de Cruz Roja

Las personas con adicciones en prisión. Intervención de Cruz Roja

Lo que os voy a contar brevemente es cuál es la intervención que realizamos desde Cruz Roja dentro de prisiones con personas con adicciones. El Plan de Acción del Plan Nacional sobre Drogas incorpora como uno de sus objetivos una atención integral de calidad a población que está reclusa. Los informes penitenciarios recogen una alta prevalencia de problemas en drogodependencia e Instituciones Penitenciarias, por medio de distintas acciones solicita el apoyo de entidades, en este caso Cruz Roja, para la atención a este colectivo. Nosotros llevamos trabajando dentro de prisiones en este proyecto desde el año 1991. ¿En qué consiste lo que hacemos con las personas que tienen adicción? Atendemos fundamentalmente los objetivos generales que tiene el Plan de Salud de Cruz Roja. Atendemos a las personas con adicciones para mejorar su adherencia por esa enfermedad crónica que tienen, que es la adicción, lo que consiste principalmente en un desplazamiento de nuestros equipos a los centros penitenciarios y colaboramos con los del personal penitenciario para mejorar ese seguimiento de la pauta terapéutica de estas personas (Imagen2).

Brindamos atención sanitaria, prescripción de fármacos de metadona, etcétera, apoyando lo que realiza el sistema sanitario penitenciario. Lo que hacemos es ayudar, dar un apoyo a todas estas personas para que mejoren esa adherencia terapéutica siguiendo un poco lo que es la estructura de nuestro Plan de Salud. Esto se sintetiza en tres objetivos operativos principales que buscan intentar controlar las tres grandes causas de problemas de salud que hemos detectado en nuestras revisiones y en nuestra reformulación del Plan de Salud. Mejorar los conocimientos cuando el problema de salud tiene que ver con la falta de conocimientos, con lo que nosotros llamamos internamente, el “no lo sé”. Y eso implica sesiones informativas, charlas, talleres... de manera de posibilitar ese seguimiento, sea facilitar cuando la persona no puede realizarlo por distintas razones, porque necesita el apoyo a una persona



Moderador: Inició su carrera de Medicina y desde entonces su relación como voluntario en Cruz Roja desde 1993 ha sido muy activa. Es Técnico del Plan de Salud del Área de Salud de la Oficina Central de Cruz Roja, desde mayo de 2010, y referente nacional del programa de Intervención en Adicciones de Cruz Roja desde noviembre de 2011, y además coordina la Comisión de Salud y Reinserción que agrupa varias entidades que trabajan con adicciones en centros penitenciarios y con las familias de los internos, del Consejo Social Penitenciario. Es un exponente activo e imprescindible de la Red TBS-Stop Epidemias y miembro vocal del Comité Científico. Nos va a hablar sobre las personas con adicciones en prisión y cómo interviene la Cruz Roja.



2ª Jornada Conjunta de Centros penitenciarios, sociales y organizaciones humanitarias
A partir del 10 de septiembre de 2021 - 17 de octubre de 2021

Las personas con adicciones en prisión. Intervención de Cruz Roja

Dr. Juan Jesús Hernández
Médico Área Salud Oficina Central Cruz Roja
Referente Estatal de proyectos de adicciones

1

cruzroja.es

 **Plan de Acción 2017/2024 del Plan Nacional Sobre Drogas**, incluye entre sus objetivos:

"Garantizar una atención integral de calidad entre la población reclusa, además de mantener, ampliar la cobertura y adaptar a los nuevos perfiles de consumo los programas de reducción del daño en el entorno penitenciario"

Según datos de la propia Institución Penitenciaria, **una de cada cuatro personas reclusas en España estaba condenada en 2013 por delitos relacionados con las drogas**, lo que suponía un 24,6%.

Por ello, y de forma recurrente, los informes penitenciarios recogen una alta tasa de **prevalencia de problemas de drogodependencia entre la población reclusa**, e Instituciones Penitenciarias (IIPP) solicita el apoyo de entidades como Cruz Roja Española (CRE) para su atención

2

 **CRUZ ROJA INTERVIENE CON PERSONAS CON ADICCIONES EN PRISIÓN DESDE 1991 PARA INTERVENCIONES PSICOSOCIALES**

 El proyecto consiste en el **desplazamiento de un equipo de profesionales** a los Centros Penitenciarios para el desarrollo de actividades de atención a personas que padecen adicciones y que se encuentran privadas de libertad. Se lleva ejecutando desde el año 1991

El objetivo es **mejorar el seguimiento de la pauta terapéutica** de personas adictas que no la realizan correctamente, ofreciéndoles acciones específicas en un ámbito de actuación penitenciario

3

 **OBJETIVO GENERAL**

- Mejorada la gestión de la enfermedad de los hombres y las mujeres que no la realizan correctamente, con enfoque biopsicosocial, acciones de promoción de salud, prevención, atención y desarrollo de competencias.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Mejorado el seguimiento de la pauta terapéutica en hombres y mujeres adictas que no la realizan correctamente, ofreciéndoles acciones específicas en un ámbito de actuación penitenciario

OBJETIVOS OPERATIVOS

- Mejorados los conocimientos de los hombres y mujeres adictas que no conocen la forma adecuada de seguir la pauta terapéutica en un ámbito de actuación penitenciario
- Posibilitado el seguimiento de la pauta terapéutica de los hombres y mujeres adictas en un ámbito de actuación penitenciario
- Generado un cambio positivo en los hombres y mujeres adictas que le permite realizar un seguimiento correcto de la pauta terapéutica en un ámbito de actuación penitenciario

4

 El programa da una **respuesta flexible** a las necesidades que no son cubiertas directamente por la propia Institución Penitenciaria.

Incluye **ofertas terapéuticas** diversificadas: actividades de intervención psicológica y social individual, grupos de autoayuda, educación para la salud y preparación para su salida en libertad

RESULTADOS 2022

- 3.241 personas usuarias (3.005 hombres y 236 mujeres)
- Actividad en 25 ámbitos territoriales distintos.
- 150 personas voluntarias y 50 contratadas
- 2 horas semanales de implicación media del voluntariado
- 775 talleres de salud y prevención
- 15.222 intervenciones psicológicas
- 5.198 intervenciones sanitarias
- 3.836 intervenciones sociales



5

cercana, un recordatorio, un "estar presente", para generar un cambio positivo en aquellas personas que tienen un problema de motivación (imagen 3 y 4).

De hecho, la mayoría de los equipos están formados por psicólogos que trabajan en esa generación de cambio positivo y de esta motivación. Obviamente la respuesta es flexible a lo que nos pide cada centro penitenciario, aunque tengamos un marco general.

Las ofertas terapéuticas están diversificadas, en algunos sitios hacemos más intervención individual, en otros más grupal, en otros hacemos más educación para la salud. Colaboramos cuando nos piden una ayuda, por ejemplo, para la sensibilización sobre el tema de sobredosis dentro de prisión... Estamos trabajando para tener un marco de intervención conjunta de todas las entidades con este documento que elaboramos y que vio la luz el año pasado por consenso y que ha salido de la Comisión de Reinserción y Salud del Consejo Social Penitenciario.

A nivel del volumen en este proyecto hemos atendido el año pasado a 3241 personas en 25 ámbitos territoriales distintos, con más de 150 personas voluntarias que participan activamente en el proyecto y que entran en los centros penitenciarios. Como imagináis es una carga importante a la que se agregan 50 personas contratadas. También hemos realizado 775 talleres en salud y prevención, pero fundamentalmente intervenciones psicológicas: En cifras: 15.222 intervenciones. Estas son las intervenciones que más lo demandan y entendemos que es lo que más carecen estas personas en la atención que reciben dentro de dentro de la prisión (Imagen 5).

La satisfacción en relación con las intervenciones es alta y en una encuesta de satisfacción realizada por Cruz Roja de cómo valoran la intervención que realizamos da en una escala de cero a al cinco la cifra es muy cercana al máximo (Imagen 6). La valoración es altamente muy positiva por parte de los usuarios internos y de las internas que participan en el proyecto y por lo tanto estamos contentos. De hecho, el proyecto tiene que funcionar bien porque lleva funcionando desde el 1991, con lo cual, desde luego, tiene que ver con la experiencia probada. Existe una necesidad con que los profesionales de Cruz roja trabajan de una forma muy adecuada porque si no, obviamente, no llevaríamos tantos años colaborando con la mediación penitenciaria.

Simplemente, por daros un apunte, nuestros equipos se adaptan a las situaciones que van surgiendo, por ejemplo, veamos qué ocurrió durante la pandemia. Nuestros equipos no podían entrar en los centros penitenciarios para realizar la intervención y tuvimos que reinventarla para no paralizarla y no generar un aislamiento añadido al que supone estar en prisión. Todo el tema, ya recordáis, de las dificultades de acceso, de cuarentenas, etcétera. El confinamiento, eso que hicieron, bueno, pues que se buscaron la manera de seguir prestando apoyo (Imagen 7).

Tenemos diversos materiales y cuadernillos para la atención psicológica individual que nuestros psicólogos entregaban a los internos para que ellos realizaran determinadas actividades psicoeducativas. Así, si bien se mantenían en cuarentena unos días, para luego pudiesen ser entregados a la persona usuaria. Luego la persona usuaria los trabajaba y devolvía al personal. Se recogían al hacer la devolución y según se fue abriendo un poco las posibilidades, empezamos a poder tener los cuadernillos cuando la institución penitenciaria nos lo permitió. Entonces, también, se activaron las llamadas telefónicas y/o videollamadas individuales o grupales. Esto permitió mantener la intervención incluso en los momentos más duros de la pandemia y el aislamiento (Imagen 8). Aunque el proyecto lleva funcionando desde 1991, se ha ido adaptando a la situación de cada momento. Es que ha sobrevenido, que han existido situaciones que requerían cierta adaptación a cada momento histórico, y fuimos adaptando a la realidad las intervenciones, tanto de las adicciones en particular como de la realidad penitenciaria en general.

Efectivamente tenemos que ser el dinámico y poder adaptarnos a las situaciones que tenemos en cada momento y para ello vale nuestra experiencia y resultados positivos.

En fin, con esta pequeña presentación quiero destacar la actuación de todos y todas y sirva de reconocimiento a estas personas, tanto a las voluntarias como a las que están contratadas en los distintos ámbitos territoriales. Agradecimiento a las personas voluntarias y voluntarios que son las que hacen posible que este proyecto de Cruz Roja lleve funcionando ya veintidós años y que siga teniendo una valoración tan positiva por parte de los usuarios como de la administración penitenciaria. Como, también, el Plan Nacional sobre Drogas. Muchas gracias.

ENCUESTA SATISFACCIÓN CRUZ ROJA	
PROMEDIO ENCUESTA (0 A 5)	4.72
FÁCIL ACCESO	4.73
SE SINTIO ESCUCHADA	4.74
RECIBIO INFORMACION ADECUADA	4.72
HEMOS COMPRENDIDO SU NECESIDAD	4.69
SATISFECHO CON LA PROPUESTA REALIZADA	4.75
TIEMPO QUE HEMOS TARDADO EN ATENDER	4.59
RECURSOS NECESARIOS A SU DISPOSICIÓN	4.65
SATISFECHO RESPUESTA RECIBIDA	4.82
HA PODIDO CONTACTAR CON NOSOTROS	4.70
TRATO RECIBIDO	4.82
RESPECTO A SU INTIMIDAD	4.89
SU SITUACION HA MEJORADO	4.52
SATISFECHO POR HABER ACUDIDO A CRUZ ROJA	4.77

6

LA PANDEMIA POR COVID-19 PROHIBIÓ LA ENTRADA DE NUESTROS EQUIPOS EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS

LOS EQUIPOS REINVENTARON LA INTERVENCIÓN PARA NO PARALIZARLA Y NO GENERAR UN AISLAMIENTO AÑADIDO AL QUE SUPONE ESTAR EN PRISIÓN Y EN CONFINAMIENTO

7

Cuadernillos para intervención psicológica individual

- Se llevaban al centro penitenciario
- Se mantenían en cuarentena unos días
- Se entregaban a la persona usuaria
- La persona usuaria los trabaja y devuelve
- Se volvían a poner en cuarentena unos días
- Eran entregados al equipo de Cruz Roja que los recogía en el centro penitenciario
- Existía un protocolo para su uso sin riesgo en las sedes de Cruz Roja

Llamadas telefónicas cuando lo permitió la Institución Penitenciaria

Video llamadas individuales cuando fueron autorizadas

Video llamadas grupales cuando se consiguió el permiso para realizar terapia de grupo

TODO ESTO PERMITIÓ MANTENER LA INTERVENCIÓN INCLUSO EN LOS MOMENTOS MÁS DUROS DE AISLAMIENTO

8

SIRVA ESTA INTERVENCIÓN COMO MUESTRA DE AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO A LAS 50 PERSONAS CONTRATADAS Y A LAS 150 VOLUNTARIAS QUE HACEN POSIBLE ESTE PROYECTO

9



4

COVID Persistente

Estudio de la Unidad de Covid Persistente del Hospital Germans Trias i Pujol (Can Ruti)

Un estudio publicado por la revista en *The Lancet Regional Health-Europe* que fue realizado por la Unidad de COVID Persistente del Hospital Germans Trias i Pujol, afirma que solo el 7,6% de pacientes se han recuperado durante los dos primeros años de sufrir el síndrome. EL COVID Persistente afecta en Cataluña unas 200 000 personas y para la que todavía no hay cura y que hoy no solo se debe atender a las personas enfermas, sino que también prepararse para las que seguirán enfermando. Los mayores riesgos residen en ser mujer, tener patologías previas y un nivel de estudios bajo. Este es uno de los más grandes y prolongados estudios



de seguimiento de la evolución clínica de las personas con el síndrome. La Unidad del Hospital Germans Trias i Pujol especializada en esta enfermedad siguió durante dos años a un total de 548 pacientes infectados por la COVID-19, de los cuales 207 se recuperaron totalmente y otros 341 desarrollaron la enfermedad. De estos últimos, solo 26 se han curado y la mayoría de ellos (24) pertenecían al grupo menos sintomático. Estos resultados determinan la necesidad de seguir investigando esta nueva enfermedad. Los síntomas son: cansancio, dificultades respiratorias, afectaciones neurológicas, niebla mental... [Más información en El Periódico](#)



5

Vuelven las mascarillas

El repunte de casos de gripe en todo el país ha instado que el Ministerio de Sanidad proponga recomendaciones para evitar la transmisión de las enfermedades respiratorias entre la población aconsejando el uso de la mascarilla cuando se tienen síntomas respiratorios de infecciones como la COVID-19. El listado de recomendaciones propone “evitar, en lo posible, acudir al puesto de trabajo con síntomas de enfermedad”. Aconseja la vacunación, la higiene de manos, el uso de pañuelos desechables “para contener las gotitas respiratorias o las secreciones” y depositar estos pañuelos en la papelera más cercana una vez utilizados y cubrirse la nariz y la boca al toser o al estornudar.



La **Comunidad Valenciana** ha comunicado el miércoles 27 de diciembre que las infecciones por COVID se han incrementado un 83% en la última semana hasta alcanzar los 247,3 casos por 100 000 habitantes. La gripe ha subido un 183,47% hasta alcanzar los 142,3 casos.

En **Cataluña** la tasa de infecciones respiratorias agudas es de 909 afectados por 100 000 habitantes y se han registrado 71 643 casos. El más frecuente de todos es la gripe, con el 22,6% de las muestras; seguido del rinovirus, con el 17,9%; el SARS-CoV-2, con el 14,6%, y el virus respiratorio sincitial (VRS), con el 13,2%.

En **Castilla y León** los virus de la gripe detectados son mayoritariamente del tipo A, con predominio del subtipo H1, pero con aumento progresivo del H3 en las últimas dos semanas. Por su parte, la circulación del virus respiratorio sincitial (VRS) en la población centinela se mantiene estable, mientras que la del coronavirus SARS-CoV-2 ha aumentado.

Durante la semana del 18 al 24 de diciembre la gripe ha aumentado en todos los grupos de edad excepto en el de 45 a 64 años, donde se ha producido el mayor aumento de COVID-19. [Más información en iSanidad](#)

Roberto Alfonso Accinelli Tanaka

Neumólogo del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Instituto de Investigaciones de la Altura. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú

¿Por qué las neumonías son más frecuentes en niños de países pobres?

El tema de hoy día es por qué la neumonía es más frecuente en los niños de los países pobres. Una información que saqué anoche de Internet dice que el 99% de las muertes por neumonía severa en niños se producen en los países pobres, (Imagen 1) como en África los niñitos van a morir igual que ocurre en Perú. Este es un estudio que trata de englobar el por qué pasa esto y ver que sucede en los países desarrollados o en vías de desarrollo. En los países más industrializados, independientemente de la edad, el riesgo de tener neumonía en niños es importante y mucho más en los países en vías de desarrollo. Entonces tenemos nosotros que este riesgo que aumenta a tres cuando se da en los países industrializados y seis en los otros. Esta cifra es cuatro veces más en los niños menores de 5 años que tienen una infección respiratoria baja (Imagen 2 y 3).

Esto que estamos viendo nosotros corresponde a mi país, pero y lo que pueden ver que, si nosotros dividimos al Perú por quintiles, lo que vamos a poder apreciar es que la tasa de mortalidad infantil es en el grupo más pobre de más dos veces y medio más alta en el grupo de la gente menos pobre. Estas son las diez primeras causas de muerte en el periodo infantil en los menores de 1 año en mi país. Las infecciones respiratorias agudas en los menores de un año son la segunda causa y en general la primera causa de muerte entre nosotros son las infecciones respiratorias agudas (Imagen 4 – 5 y 6).

Acá tienen ustedes cómo es la distribución de los casos de neumonía a nivel de países y ustedes pueden ver que en los países que tienen menor cantidad de neumonías están divididos hacia el hemisferio norte, mientras que, hacia el hemisferio sur, sobre todo en la zona de África son las mayores tasas del mundo (Imagen 7) y en Asia la cantidad de casos son muchos.

En los adultos mayores en el Perú las infecciones respiratorias agudas son la primera causa. Acá en el Perú nosotros no fumamos, pero sin embargo tenemos



Moderador: El siguiente ponente viene de Perú. Es neumólogo del Hospital Cayetano Heredia y de la Clínica Angloamericana. Director del Instituto de Investigación Altura de la Universidad Peruana. Cayetano Heredia. Ha dedicado su vida al estudio de la tuberculosis y participado en el diseño e implementación del Programa de Control de la Tuberculosis, el cual ha sido reconocido en su momento como uno de los mejores del mundo. Es promotor del Programa de Cocinas Mejoradas Peruanas, por el cual recibió el Premio de Oro del Pacífico a la mejor investigación realizada en el Perú. Es un placer recibir al profesor que nos va a hablar de neumonía y niños en los países pobres.

NOTICIAS

EVENTOS

PRENSA

BOG

BOLETÍN

ARCHIVO MULTIMEDIA

CALCULADORA ÍNDICE CALOR

1

Actualidad > Noticias

INVESTIGACIÓN, SALUD MATERNA, INFANTIL Y REPRODUCTIVA

El 99% de las muertes por neumonía severa en niños se producen en países pobres

El CRESIB, el centro de investigación de ISGlobal, participa en el primer análisis con datos globales que se realiza a nivel mundial sobre la carga de neumonía en niños.

	Aged 0-11 months		Aged 12-59 months		Aged 0-59 months		2
	Studies	CFR (%)	Studies	CFR (%)	Studies	CFR (%)	
Africa	9	3.8% (2.4-5.9)	8	1.9% (1.2-3.2)	11	3.9% (2.7-5.5)	
Americas	10	1.6% (1.1-2.4)	10	0.6% (0.2-1.3)	11	1.3% (0.8-1.9)	
Eastern Mediterranean	1	9.9% (8.6-11.5)	--	--	2	7.6% (4.1-13.9)	
Europe	--	--	--	--	1	0.4% (0.3-0.5)	
Southeast Asia	6	2.6% (1.4-4.7)	4	0.3% (0.1-0.9)	9	2.1% (1.1-4)	
Western Pacific	1	2.4% (1.3-4.3)	--	--	3	2.3% (1.7-3.2)	
Developing	26	2.4% (1.7-3.6)	21	0.8% (0.4-1.3)	34	2.3% (1.6-3.4)	
Industrialised	1	0.8% (0.7-0.9)	1	0.3% (0.2-0.5)	3	0.6% (0.4-0.8)	
Global	27	2.3% (1.5-3.4)	22	0.7% (0.4-1.2)	37	2.1% (1.4-3.1)	

Data in parentheses are 95% CI. CFR=case-fatality ratio.

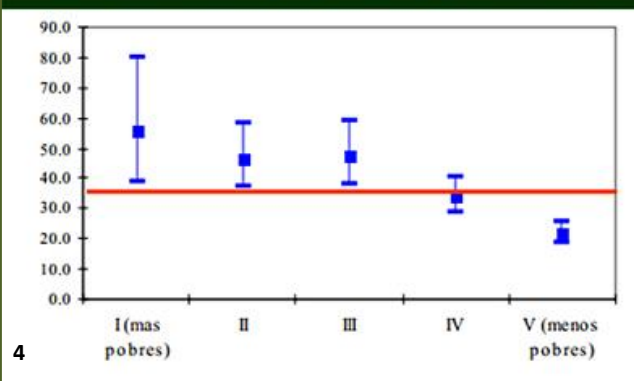
Table 2: Case-fatality ratio due to severe acute lower respiratory infections in children younger than 5 years who were admitted, by region

Panel: Estimated new cases per year, case-fatality ratio, and mortality in children 3 younger than 5 years admitted to hospital for severe acute lower respiratory infections (ALRI)

Children admitted for severe ALRI

- a Estimated new cases per year in developing countries: 11 372 600 (95% CI 9 871 650–13 104 470)
- b Estimated case-fatality ratio in developing countries: 2.3% (1.6–3.4)
- c Estimated mortality in hospitals in developing countries: $a \times b = 261\,570$ (157 950–445 550)
- d Estimated new cases per year in industrialised countries: 569 020 (425 330–764 440)
- e Estimated case-fatality ratio in industrialised countries: 0.6% (0.4–0.8)
- f Estimated mortality in hospitals in industrialised countries: $d \times e = 3410$ (1700–6120)
- g Estimated global mortality: $c + f = 264\,980$ (159 650–451 670)

Tasa de Mortalidad Infantil, Perú 1995 - 2015



infecciones respiratorias y ustedes pueden ver que la prevalencia de tabaquismo acá esta hacia la zona baja comparado con lo que tienen ustedes en Europa; entonces estas infecciones nuestras no se deberían a consumo de tabaco (Imagen 8). Y si ustedes miran eso es lo que corresponde a los combustibles sólidos. Y si nosotros juntamos, van a ver que hay una superposición en la frecuencia de neumonías en niños con el uso de combustibles sólidos, entonces no es que sea la pobreza, que hace que los pobres se mueran más, si no es que los pobres utilizamos en el mundo más combustibles sólidos (Imagen 9 - 10 y 11).

Hicimos un trabajo sobre el uso de combustibles sólidos comparado con los cuadros de neumonía por niños y van a ver que hay una asociación directa. Y si nosotros lo dividimos por cuantiles, esta asociación se mantiene. Si hacemos el estudio de correlación vamos a ver que lo que acá interesa es que el uso de combustibles sólidos es altamente significativo. Entonces no es que sea solo la pobreza la que ocasione que los niños del mundo fallezcan más cuando tienen una neumonía, si no esto está mediado por el uso de estas cocinas (Imagen 12).

Y lo que nosotros hicimos fue un estudio de niños que habían fallecido por diferentes causas en altura y lo que encontramos en estos niños que tenían menos un año de vida, es que tenían una inflamación a nivel alveolar que por zonas se va haciendo mayor. Fíjense ustedes el engrosamiento que tenemos nosotros a nivel de las paredes de los alvéolos con grandes partículas al interior de los fundamentalmente de los macrófagos y del alveolo en sí. Los macrófagos han tenido engullir las partículas del polvo que se generan cuando se usa leña en Perú. ¿Entonces, qué es lo que sucede? Tiene que competir el aparato inmune con las partículas cuando llegan las nuevas partículas que son las bacterias, entonces esto hace que los niños tengan una mayor probabilidad de enfermarse por neumonía y cuando enferman de fallecer porque están teniendo que enfrentarse, no solo la presencia de bacterias, sino que ya tienen un aparato respiratorio que tiene que defenderse contra los contaminantes (Imagen 13).

Fíjense la cantidad de humo que se genera, la cantidad de contaminación hasta 1000 veces por encima del límite permitido. Y vean a las personas de mi edad que no tiene ese problema y es simplemente que la diferencia que ellos tienen conmigo es que yo nací en

Memorias de la COVID-19

SANIDAD GLOBAL

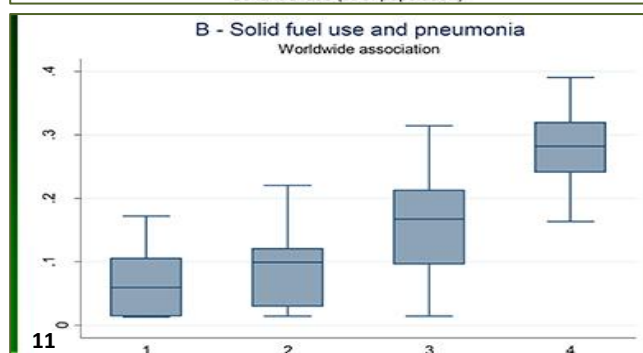
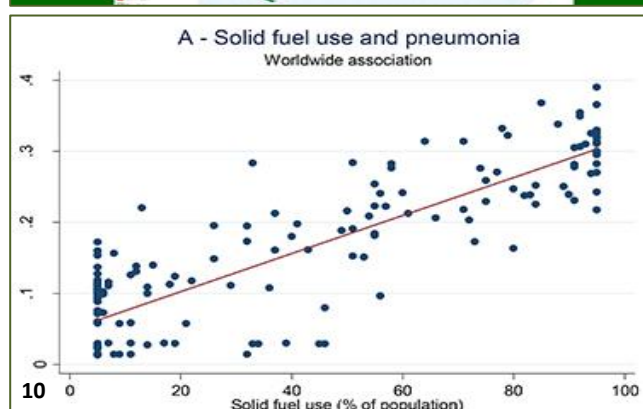
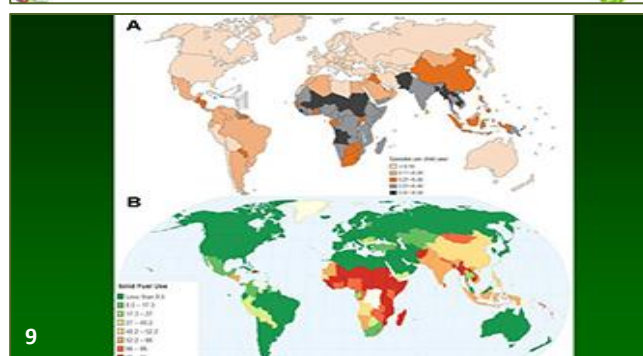
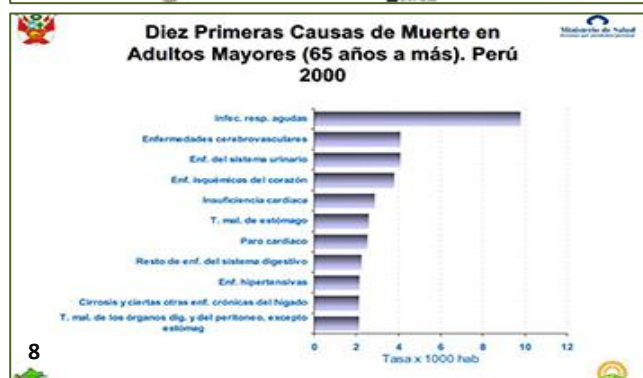
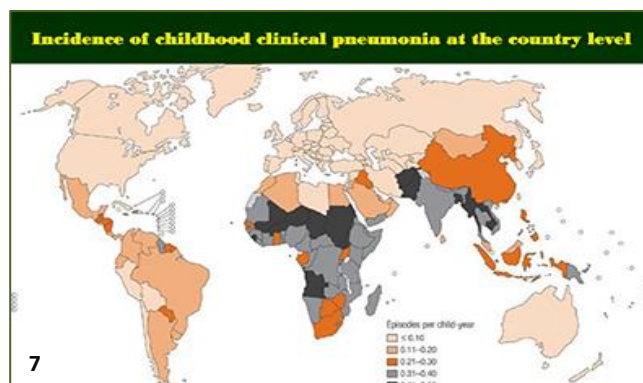
2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras

Lima, en una familia de clase media alta y este pobre señor de la fotografía nació ahí arriba y ha tenido que vivir completamente diferente a mí simplemente por el lugar donde nació y nos puso la vida (Imagen 14 y 15).

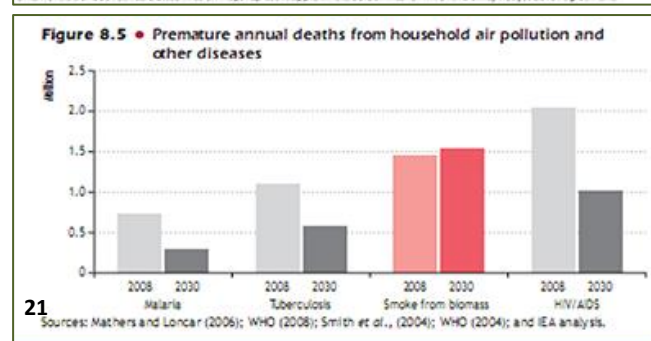
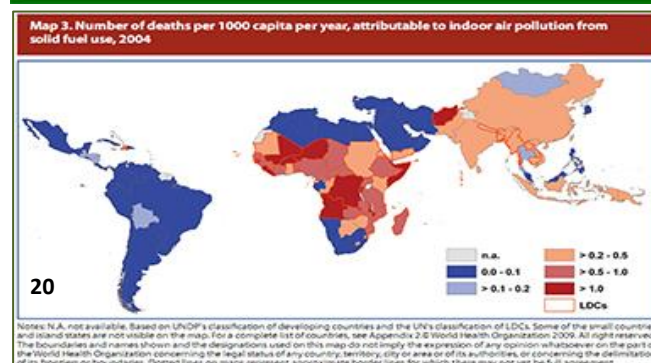
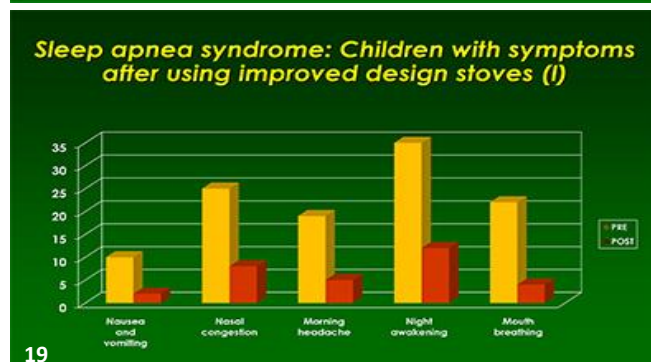
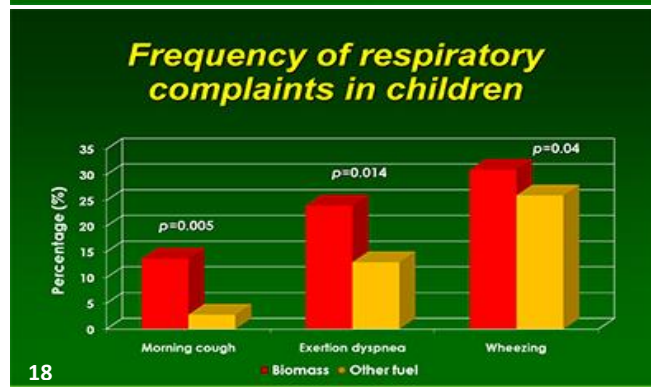
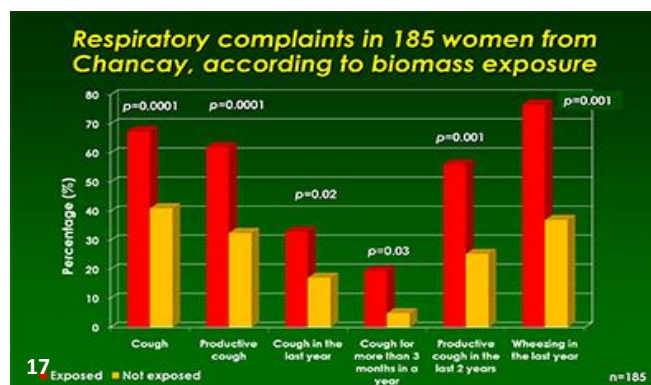
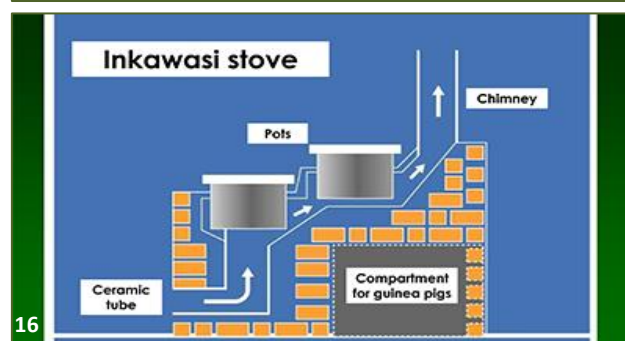
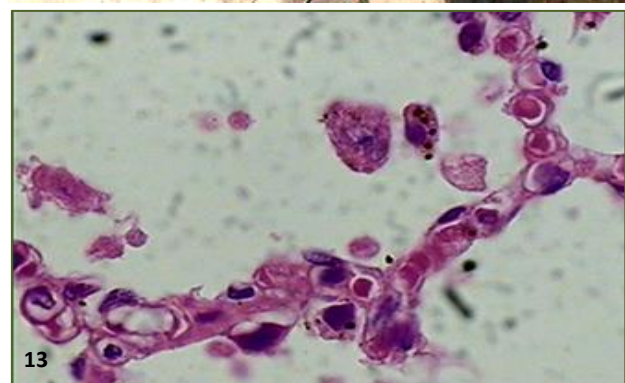
Entonces, nosotros hicimos el primer estudio en el mundo que demostró que estas cocinas que les muestro, que son cocinas mejoradas de muy bajo coste, entre 10 y 30 dólares, tiene un diseño que les permite que funcionen bien con leña. Es mucho más económico que hacer una cocina de gas o hacer una cocina eléctrica. Este sistema pretende es que no haya contaminación y este modelo que nosotros hemos desarrollado en el Perú. Tiene dos hornillas, en la primera de ellas se coloca la leña y lo más importante no es que tenga chimenea y una cámara de combustión. Si hay combustión perfecta, cuando uno entra a estas casas no percibe que existe humo porque no le pican los ojos y no se fastidia la nariz cuando se logra colocar una cocina perfectamente bien diseñada que no es de biomasa (Imagen 16).

Acá les presento un estudio que hicimos en la zona sur del Perú, porque el uso de cocinas y contaminación domiciliar no solamente va a producir mayor cantidad de neumonía, sino una inflamación sistémica. Eso es lo que está ocurriendo y que no le damos importancia. Nosotros hemos sido de los primeros grupos de describir el síndrome de apnea del sueño en niños relacionado con el uso de combustible sólidos, en este caso leña. Esto lo hicimos en el sur del Perú y cuando se ponen las cocinas bien diseñadas los síntomas mejoran significativamente (Imagen 17 - 18 y 19). La cantidad atribuida a la contaminación intradomiciliar por el uso diario de combustibles sólidos es muy alta. Calculamos desde el 2008 a 2030 los problemas de malaria, tuberculosis y hasta VIH-sida van a mejorar, pero por combustibles sólido, no. Lamentablemente este es uno de los grandes ejemplos que tenemos en el mundo. Esta diferenciación entre lo que yo soy y lo que tú eres no permite ver lo que el otro tiene y no le damos realmente importancia y entonces vemos el mundo desde nuestra perspectiva y decidimos el lugar donde estamos (Imagen 19 y 20).

Yo les agradezco a ustedes muchísimos esta invitación, porque he aprendido de las presentaciones de los compañeros que han compartido sus experiencias. He traído un problema fácil de controlar: el de cambio de las cocinas. Termino con el lema de mi Universidad: "El espíritu de difunde por doquier".



Sigue en la página 28





Carta Abierta de Bill Gates - IA

Publicamos algunos fragmentos de la carta abierta de Bill Gates con motivo del fin de año, costumbre que suele repetir cada año. Este se centra en la inteligencia artificial y destaca que tiene un gran potencial para reducir la brecha de las desigualdades sociales y el avance de la medicina. Los textos del copresidente de la Fundación Bill y Melinda Gates, y fundador de Breakthrough Energy nos sirven para valorar algunos pensamientos de este particular mecenas.



“Este año hemos podido vislumbrar cómo la IA definirá el futuro, y ahora que 2023 toca a su fin, pienso más que nunca en el mundo que van a heredar los jóvenes de hoy. En mi carta del año pasado, escribí que la perspectiva de ser abuelo me hacía reflexionar acerca del mundo en el cual iba a nacer mi nieta. Ahora pienso más en el mundo que va a heredar y en cómo será dentro de unas décadas, cuando su generación esté al mando”.

“Y vemos más claramente que nunca hasta qué punto la IA puede usarse para mejorar el acceso a la educación, la atención de salud mental y mucho más. Me motiva trabajar para asegurarme de que esa tecnología ayude a reducir (en vez de multiplicar) las terribles desigualdades que vemos en todo el mundo. Siempre he creído firmemente en el poder de la innovación para que todos los niños y niñas dispongan de las mismas oportunidades de sobrevivir y prosperar. Y la IA no es una excepción”.

“Por supuesto, la IA no es ni mucho menos el único elemento definitorio de 2023. Millones de personas siguen experimentando un dolor insoportable como consecuencia de la guerra de Rusia contra Ucrania, y por las secuelas de la guerra de Etiopía. Se me parte el corazón ante el sufrimiento incesante de israelíes y palestinos, lo mismo que de los habitantes de Sudán. Al mismo tiempo, cada vez son más las personas afectadas por los fenómenos meteorológicos extremos, cada vez más frecuentes, a causa del cambio climático. Y familias de todo el mundo siguen sufriendo las crueles consecuencias del aumento de la inflación y de la desaceleración económica”.

“Vivimos tiempos difíciles, desde luego, pero yo sigo viendo el futuro con optimismo. La innovación nunca había evolucionado tan rápido. Estamos logrando grandes avances en problemas complejos (como el Alzheimer, la obesidad o la anemia drepanocítica) que mejorarán la vida de millones de personas. Mi difunto amigo Hans Rosling solía decir que “las cosas pueden ir mal y, al mismo tiempo, estar mejorando”. Es un buen recordatorio de que el progreso no solo es posible, sino que ocurre cada día”.

“Es gracias a la innovación que nuestras vidas mejoraron tanto en el último siglo. Desde la electricidad y los coches hasta la medicina y los aviones, la innovación nos ha dado un mundo mejor. Hoy somos mucho más productivos gracias a la revolución informática. Y las economías más prósperas avanzan con el impulso de industrias innovadoras que evolucionan para satisfacer las necesidades de un mundo cambiante. Pero mi historia preferida empieza con una de mis estadísticas preferidas: desde el 2000, el mundo ha reducido a la mitad el número de niños y niñas que mueren antes de cumplir los cinco años”.

“¿Y cómo lo logramos? En gran medida, gracias a la innovación. Los científicos idearon nuevas formas de producir vacunas con mayor rapidez y a menor costo, pero igual de seguras. Desarrollaron nuevos mecanismos de administración de vacunas muy eficaces en los lugares más remotos del mundo, lo cual permite llegar a más niños y niñas. Y crearon nuevas vacunas que protegen a niños y niñas de enfermedades mortales como el rotavirus”.

Una de las principales repercusiones hasta la fecha es la creación de nuevos fármacos. El descubrimiento de medicamentos requiere analizar cantidades ingentes de datos, y ese es un proceso que las herramientas de IA pueden acelerar de manera considerable. Algunas compañías ya están trabajando en medicamentos contra el cáncer desarrollados de esta forma. Pero una prioridad clave de la Fundación Gates en materia de IA es garantizar que estas herramientas aborden también problemas de salud que afectan desproporcionadamente a los más pobres del mundo, como el sida, la tuberculosis y la malaria”.

CONSEJO EDITORIAL



EDITORES



Julio Ancochea Bermúdez es jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa y profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid. Es presidente de ASOMEGA y del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

Mario Braier está especializado en periodismo sanitario. Director de la Agencia infomedpress realizó numerosas campañas de prevención en salud para diferentes sociedades científicas. Es coordinador general de la Red TBS-Stop Epidemias

ASESORES



Francisco García Río es jefe de la Sección de Neumología del Hospital Universitario La Paz y Catedrático de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Jefe de grupo de investigación del IdiPAZ y del CIBER de Enfermedades respiratorias, y presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Fátima Cabello Sanabria es directora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Magister en Medicina Humanitaria por la Universidad Complutense de Madrid. Diploma Superior en Pediatría Tropical por la Escuela de Sanidad del Instituto de Salud Carlos III. ES delegada internacional de Cruz Roja Española y Cruz Roja Internacional habiendo participado en diferentes operaciones internacionales.



José Antonio Caminero Luna es neumólogo en el Hospital General de Gran Canaria Doctor Negrín, y profesor titular de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Miembro del Comité Luz Verde de la Organización Mundial de la Salud y Responsable de la Unidad de Tuberculosis Multi-Resistente de la Unión Internacional contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias (*The Union*).

Juana Samper Ospina es periodista, escritora y corresponsal del periódico colombiano *El Tiempo* en España. Es docente e imparte clases de escritura y además es guionista de series y comedias de televisión. También ha colaborado con artículos en numerosos medios de comunicación iberoamericanos.



Joan Artur Caylà Buqueras es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública y es presidente de la Fundación de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Investigador principal de diversos proyectos sobre TB, VIH / SIDA, hepatitis... Fue jefe del Servicio de Epidemiología Agència de Salut Pública de Barcelona e impulsor de la UITB.

CONSEJO EDITORIAL

Eva García Perea es Diplomada en Enfermería por la Universidad Complutense de Madrid, y Doctora Cum Laude, por la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid. Representante de la Comisión Interterritorial de la Conferencia de Decanos de Enfermería y Representante de Universidades Públicas y Privadas del movimiento *Nursing Now*. Es directora y profesora del Grado y Posgrado del departamento de Enfermería de la UAM.



Joan B. Soriano es Doctor en Epidemiología, Salud Pública y Metodología de la Investigación por la UAB y epidemiólogo en el Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. *Master of Science* en la Universidad Erasmus, Rotterdam. Estancia postdoctoral en la Escuela de Salud Pública Johns Hopkins. Editor asociado de *European Respiratory Journal* y *Lancet Respiratory Medicine*. *Senior Consultant COVID-19 Clinical Management Team, Health Emergency Programme, OMS, Ginebra*.

Lorenzo Fernández Fau fue jefe del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de la Princesa; presidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica; cofundador de Integración Ibero-latinoamericana en Neumología y Cirugía Torácica. Y es Miembro de honor de las Sociedades de Neumología y Cirugía Torácica de Argentina; y la Confederación Centroamericana del Caribe, Perú, Bolivia y Venezuela.



Francisco Javier García Pérez es médico adjunto y responsable de la Unidad de Tuberculosis del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa. Presidente de NeumoMadrid. Fue el coordinador del Área de Enfermedades Infecciosas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. Realiza giras por España con la campaña Cineforum Solidario de la Red TBS-Stop Epidemias, de la que es su secretario general.

Carmen Martín Muñoz es exdirectora del Área de Salud de Cruz Roja Española. Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada. MBA por el Instituto de Empresa de Madrid y cursos de especialización en gestión clínica y sanitaria. Ha desarrollado su trayectoria profesional tanto en la Administración Sanitaria Pública como Entidades Sanitarias Privadas.



Anna Borau Miñarro es Licenciada en Ciencias de la Información por la Universidad Autónoma de Barcelona. Como periodista está especializada en el ámbito sociosanitario y es responsable de la comunicación de la Red TBS-Stop Epidemias desde el inicio de esta campaña de prevención.

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad - Memorias de la COVID19 - nº 42 - 30 de diciembre de 2023
Edición **Newsletter RedTBS-Stop Epidemias** informa nº 72

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Agència de Salut Pública de Barcelona – Agencia Servimedia – Agencia EFE - EFE Salud – Asociación Cántabra de Investigación en Aparato Respiratorio (ACINAR) – Asociación de Médicos Gallegos (ASOMEGA) – Asociación Nacional para la Seguridad en Centros Sanitarios (ANSICH) – Associació Il·lenca de Respiratori (AIRE) – Asociación de Pacientes Alérgicos y Respiratorios del Principado de Asturias – Acta Sanitaria – Centro de Atención de Adicciones La Latina – Colexio Oficial de Farmacéuticos da Provincia de Lugo – Cruz Roja Española – Centro de Acogida para Inmigrantes San Blas – Departament de Justícia Generalitat de Catalunya – Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) - Organización Médica Colegial (OMC) – El Global – Editorial Saned Revista El Médico – Escuela Universitaria de Enfermería de Cruz Roja Española – Federación Española de Asociaciones de Pacientes Alérgicos y con Enfermedades Respiratorias (FENAER) – Fundación SEMG Solidaria Fundación de la Unidad de Investigación de Tuberculosis de Barcelona (FUITB) – Gaceta Médica – Grupo Español de Pacientes con Cáncer (GEPAC) – Grupo de Estudio de las Infecciones por Micobacterias (GEIM) – Ibsen Comunicación - infomedpress – IF Fundación Teófilo Hernando – Luzan 5 – Médicos del Mundo Illes Balears NeumoMadrid – NeumoSur – Pressclipping – Publitas Digital – IM Médico - IM Farmacia - IM Veterinaria Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) – SEMERGEN Solidaria – Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC) – Servicio de Neumología del Hospital de La Princesa - Be Neumo, Be You – Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) – Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) - SEPAR Solidaria – Sociedad Española de Sanidad Penitenciaria (SESP) - Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria - Secretaría General de Instituciones Penitenciarias - Ministerio del Interior – International Union Against Tuberculosis and Lung Disease (The Union) – Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona – Unidad Editorial - Diario Médico Correo Farmacéutico – Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias



Consejo Institucional

Dr. Tomás Cobo Castro
Dra. Pilar Rodríguez Ledo
Dr. Francisco García del Río
Prof.^a Fátima Cabello Sanabria

Consejeros

Dr. Juan José Rodríguez Sendín
Dra. Pilar de Lucas Ramos
Dr. Benjamín Abarca Buján
Dra. Inmaculada Alfageme Michavila
Dr. Serafín Romero Agüit
Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz
Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Comité Técnico

D. Mario Braier, coordinación general - D.^a Anna Borau, comunicación - D.^a Amina Baar-Baarenfels, RR. PP.

Comité Científico

Dr. Julio Ancochea Bermúdez, presidente
Dr. José Manuel Solla Camino, vicepresidente
Dr. Javier García Pérez, secretario general

Vocales

Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás
Dr. José Antonio Caminero Luna
Dr. Joan Caylà Buqueras
Dr. José María García García
Dr. Fernando Pérez Escanilla
D.^a Noelia Martín-Buitrago López-Carpeño