

Memorias · Edición 44 Newsletter · Edición 74 15 de febrero de 2024

EDITORIAL

BARÓMETRO: 6,23 sobre 10

Si somos críticos con nuestra crítica, deberemos considerar si nuestras valoraciones se ajustan a la realidad y la perspectiva desde el sector al que pertenecemos. Todos los que integramos el Sistema Nacional de Salud tenemos opiniones de cómo funciona la Sanidad Pública por la experiencia y comentarios o el día a día del quehacer laboral. No obstante, hay dos posiciones: los sanitarios y los pacientes (en esta editorial obviaremos esa esfera tan particular en la que se ubican los funcionarios, gestores o administradores del SNS). Nos dedicaremos a describir la visión de los pacientes. El miércoles 7 de febrero, hace apenas unos días, se publicó el Barómetro Sanitario 2023 que elabora desde 1993 el Ministerio de Sanidad, que como sabéis es un estudio que valora la opinión de los usuarios y que realiza el Centro de Investigaciones Sociológicas. Está diseñado para conocer el grado de satisfacción de los ciudadanos con los servicios sanitarios. Estos son algunos de los datos del 2023: Los servicios mejores valorados fueron: Urgencias del 112 y el 061, así como también el ingreso y asistencia en hospitales públicos, con 7,42 y 7,23 puntos, respectivamente. En todos los dispositivos asistenciales se supera la nota de 6 puntos sobre 10. Atención Primaria se valoró con un 6,37 en el caso de las consultas con médicos de familia en los centros de salud, y con un 6,35 los servicios de urgencias de AP. Respecto a las consultas de otras atenciones especializadas fueron valoradas con 6,04 puntos y las urgencias de los hospitales públicos con 6,23 puntos.

El 56,7% de la población opinó que el sistema sanitario, en general, funciona de "bastante bien a bien", aunque casi todos coinciden con que son necesarias algunas mejoras.

Los datos que parecen ser medianamente buenos son medianamente regulares. La percepción de cómo funciona nuestro SNS tiene un marcado descenso en lo que va desde 2019, con 71,4% a 57,1% en 2022; y al 56,7% en la actualidad.

Sigue en la página 3

SUMARIO

Editorial: Barómetro: 6,23 sobre 10	1
Programa 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras	4
Ponentes jueves 19.10.23 y viernes 20.10.23	5
¿Qué es EPOC? O lo que las personas entienden o creen entender Patricio Jiménez Profesor Titular de Medicina. Médico Internista Broncopulmonar. Miembro activo de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias y de ALAT.Chile.	7
Debate	10
12ª Jornada de Actualización 2024 de la Red TBS-Stop Epidemias Inscripción	10
Detección de la EPOC en AP (Estudio con 720 pacientes) José Roberto Jardim Profesor Senior de Enfermedades Pulmonares en la Escola Paulista de Medicina de la Universidad Federal de São Paulo. Miembro del Comité de Planificación de la Asamblea de Rehabilitación de la American Thoracic Society. Brasil.	11
12ª Jornada de Actualización 2024 de la Red TBS-Stop Epidemias Enlace a vídeos	14
Si tienes asma no vengas a Latinoamérica Gabriel Ricardo García Director del Centro de Investigaciones Respiratorias, CEPIR (La Plata). Exdirector del Departamento de Asma de la Asociación Latinoamericana de Tórax. Argentina.	15
Migrantes vulnerables en la selva de Darién 2023 José Antonio Suárez Sancho Asesor de enfermedades tropicales. Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la Salud. Panamá.	19
Debate	24
12ª Jornada de Actualización 2024 de la Red TBS-Stop Epidemias Enlace a vídeos	24
Consejo Editorial	26
Integrantes y patrocinadores de la Red TBS-Stop Epidemias	28

Publicación de la Red TBS-Stop Epidemias 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; agencias. www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org e-mail: redtbs@redtbs.org

REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD SANIDAD SIN FRONTERAS

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias









Cruz Roja

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias









































acta sanitaria 🗰



































Universidad Autónoma















Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias





























El porcentaje de las personas que afirmaron que el sistema sanitario funciona mal y son necesarios cambios profundos se mantiene con un 14,3% en 2023 frente al 14,5% de 2022. El 43,5% de los ciudadanos consultados opinó que el problema de las listas de espera en los hospitales sigue igual; el 33,9% pensó que empeoró el último año y el 11,3% opinó que había mejorado.

Particularmente este año, el Barómetro Sanitario se interesó por la opinión de los ciudadanos respecto a los centros de Atención Primaria. En este sentido, el 22,1% refirió que les está afectando mucho o bastante su uso, frente al 21,9% que dice que algo y el 53% que casi nada. Respecto a la necesidad de hacer cambios en la AP, señalaron la necesidad de que se mantenga al mismo médico de familia de forma estable con un puntaje de 9,2; aumentar las plantillas de personal sanitario con 9,1; y dedicar más recursos económicos con 9 puntos. Respecto al primer nivel asistencial, el estudio confirmó que tres cuartas partes de la población mayor de 18 años acudió a Atención Primaria en el último año. Para el 78,6% la atención fue presencial, frente al 66,9% de 2022; incremento relacionado con el descenso de las consultas telefónicas del 31,3% al 19,9%.

El 21,1% de los pacientes afirmó que fueron atendidos en el día o al día siguiente. El 69,8% refirió que pasó más de un día porque no había cita antes, mientras que para un 5,3% pasó más porque le venía mejor. Las personas que tuvieron que esperar más de un día, tuvieron una demora media de entre 9 y 12 días para ser atendidos. El 81,4% de las personas que utilizaron los servicios de AP manifestaron estar satisfechas con la atención recibida, aumentando ligeramente a 79,7%.

Los aspectos mejor valorados por los ciudadanos son la confianza y seguridad que les merecen los profesionales de Enfermería con 8 puntos de valoración, le siguen los médicos con 7,8 puntos, y de la información recibida en torno a 7,5 puntos en ambos. El tiempo dedicado por el médico se valora con 6,8 puntos.

En atención hospitalaria, el 9,1% aseguró haber estado ingresado en un hospital público en los últimos 12 meses. El 40,9% de los pacientes lo hizo de manera programada para una cirugía o prueba diagnóstica; el 54,1% ingresó por una enfermedad o problema de salud; y el 4,5% por un parto. El 89,6% de los pacientes valoró positivamente la atención recibida durante su ingreso en un hospital público. Respecto a las urgencias, el 39% de las personas acudió a un servicio de urgencias el último año. Estos son los datos: 6,23 sobre 10... Que cada uno deduzca sus conclusiones.

M. B. / J. A.

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 actur sion s en centros sociosanitarios

Javier García Pérez España

Secretario general de la Red TBS-Stop Epidemias. Pr de la Sociedad Madrileña de Neumología y Cirugía Torácica

17:35 - 17:50 h Impacto de la pandemia de COVI en la prevención y control de la TB en México (

Héctor Javier Sánchez Pérez

México Jefe del Grupo Académico de Salud, Género Desigualdad Social

del Colegio de la Frontera Sur (ECOSUR. Chiapas.)

Cristina Gordillo Mallorquín México

Secretaria técnica y cofundadora de ARTB-NYICO y de la Red Mexicana de Investigación en Tuberculo Micobacteriosis.

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

Cynthia Beatriz Céspedes Gamarra Paraguay

Supervisora Nacional del Program Nacional de Control de la Tuberculosis del Ministerio de San Publica y Bienestar Social.

18:05 h - 18:20 h Impacto de CO D-19 en el diagnóstico de tuberculosis en el Estado nás poblado de Brasil

Erica Chimara Silva Brasil

Directora Técnica del Labatorio de TB y Micobacteriosis del Instituto Adolfo Lutz. São Quo.

18:20 h - 18:35 h Tube wors: enfermedad desatendida durante la pandemia

Suyapa María SosaJefa del Servicio de ología del Instituto Nacional

Cardiopulmonar. denta de la Asociación Hondureña de Neumología y Circle el Tórax.

18:35 h - 18:55 aragua, el impacto visible e invisible de las epidemias de tub culosis y COVID-19

Leonel Argü Vigoyen

Presidente Sociedad Nicaragüense de Medicina General. President de la Unión Iberoamericana de Médicos de Familia.

18:50 h 55 h Las personas con adicciones en prisión. Intervención de Cruz Roja para la mejora de la adherencia

Juan lesú Hernández González-Nicolás España

Mé o uel Área de Salud de Cruz Roja.

en niños de países pobres?

19:02 - 19:20 h ¿Por qué las neumonías son más frecuentes

Roberto Alfonso Accinelli Tanaka

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 Continua la 2ª Jornada Iberoamena 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 act los des en el marco del Plan de tuberculosis del Ministerio Canidad de España

Carlos Peralta Gallego

Jefe de Área de la División de Control VIH, ITS, hepatitis virales y TB. Dirección General de Salud Púsico. Ministerio de Sanidad.

17:25 h - 17:40 h Tuberculosis en Kugal: desafíos en control, diagnóstico y vigilancia de laborio

Rita Macedo Portugal

Jefa del Laboratorio Nacional de Referencia para la Tuberculosis del Instituto Nacional de Silva Dr. Ricardo Jorge, de Lisboa.

17:40 - 17:55 h Situació las enfermedades infecciosas prevalentes en los certros penitenciarios

Enrique Acín García/ España

Jefe del Área de Salvadolica de la Subdirección General de Sanidad Penitenciaria. Micistorio del Interior.

17:55 h - 18:10 n equidad y prevención de enfermedades virales Carlos Rodrígue, Taveras República Dominicana

Jefe del Sergio 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 OChilena 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 deALAT.

18:55 h - 19:10 h Migrantes vulnerables en la selva de Darién 23 José Antonio Suárez Sancho

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







Patricio Jiménez

Profesor Titular de Medicina. Médico Internista Broncopulmonar. Miembro activo de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias y de ALAT. Chile

¿Qué es EPOC? O lo que las personas entienden o creen entender

La pregunta ¿Qué es la EPOC? es algo que me ha consumido tiempo en más o menos los últimos. 15 años, en la cual, dentro de la evolución que un especialista, que fue inmigrando a partir de la tuberculosis. En mí especialidad transité por las diferentes infecciones, particularmente por neumonía, pero en los últimos años me he dedicado a obstructivas y particularmente a la EPOC.

El problema es que este concepto de enfermedad es algo que no es fácil de entender ni de traducir por las razones que voy a comentar. Voy a hablar un poco de los orígenes, las definiciones, como se reconoce el diagnostico, el problema actual y sus conclusiones. Entre el 5 de 9 de diciembre en del año 1952, en Londres murieron unas 4000 personas a causa de un episodio de contaminación del aire gigantesco que probablemente es algo de lo cual se tiene historia. Y eso hizo pensar que algo pasaba más allá del aire porque no todos murieron. No sé todavía si hay personas que eran susceptibles, probablemente, pero luego se ha ido identificando cuáles son los riesgos.

La EPOC tiene una larga historia, existe hace mucho tiempo, pero reconocida hace muy poco. Yo diría que la bronquitis crónica la planteó Charles Badham en el año 1814 que utilizó por primera vez el término de "bronquitis". En esa misma época, René Théophile Hyacinthe Laënnec, inventor de estetoscopio, definió la "enfisema", término muy similar al que aún seguimos utilizando. Posteriormente, recién en el 1846 se fabrica el primer espirómetro y en recién en 1958, durante un simposio CIBA, fue el momento esencial para que se pusieran de acuerdo, a ambos lados del Atlántico, para que el acrónimo EPOC se definiera como tal.

En 1965 por *The Medical Research Council (MRC)*, de Londres, se publica el acrónimo EPOC, siendo en 1987

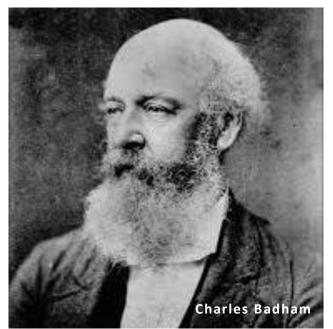


Moderador: Nos acercamos a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y para ello nos vamos a Chile donde está Patricio Jiménez, que es profesor titular de Medicina, médico internista broncopulmonar graduado en la Universidad Católica de Chile y especializado en Medicina Interna en la Universidad Austral de Chile. También ha trabajado varios años en el Servicio de Neumología del hospital Clínic, de Barcelona. Patricio es miembro activo de varias entidades, entre ellas, de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias y de la Asociación Latinoamericana del Tórax - ALAT. Es médico internista broncopulmonar en la Clínica Santa María de Santiago de Chile. Bueno, Patricio Jiménez se hace una pregunta interesante: ¿Qué es la EPOC?

¿Qué es EPOC?

...o lo que las personas entienden o creen entender...

Patricio Jiménez P. Profesor Titular de Medicina Internista Broncopulmonar Santiago de Chile









cuando se establece el primer tratado diagnóstico, el cual especifica el uso imprescindible de la espirometría en el abordaje de esta enfermedad.

O sea, que estamos hablando de un poco más de 50 años en que partieron con instrumentos de este tipo. Collins fue quien nos hizo trabajar con regla y papel para poder calcular la función pulmonar; hoy día eso está computarizado y en 2001 probablemente es de los momentos esenciales en el cual se reúne un grupo de expertos y lanzan la primera a estrategia: "Guía de control de la enfermedad".

¿Qué pasa en la población general? Estos son datos que no están publicados por razones de protección de información personal, pero yo, actualmente, no estoy trabajando en una clínica ni estoy trabajando ligado a la industria por lo que lo voy a explicar. Trabajo evaluando pacientes potenciales de discapacidad respiratoria y cuando me dicen que tienen EPOC les pregunto: ¿Qué entiende por EPOC? Pregunto ¿Si el médico le ha explicado qué es la EPOC? Y, por último, le pregunto si le he pedido que le explique qué es. Tengo que señalar de que el uno por ciento de estos pacientes me contesta afirmativamente a estas tres preguntas. O sea, que los pacientes tienen dificultad para entender qué es y sin embargo dicen que tienen EPOC, pero no saben lo que es, ni lo entienden porque el médico no se lo ha explicado. Tal vez el médico tampoco lo entiende o no lo sabe explicar bien. Y, por lo tanto, la adherencia a un posible tratamiento en una enfermedad que no se entiende, por cierto, termina siendo una suerte de acto de fe.

En, en un momento anterior yo estuve hasta junio de este año trabajando en con GSK en clases, ahora no soy empleado de la compañía y estoy desarrollando una investigación que ahora está en vías de publicación: "Prevalencia y tratamiento de la EPOC en adultos"; análisis de la Encuesta Nacional de Salud, de Chile. El periodo es de 2016-2017, que fue la última encuesta que se hace cada 5 años. La pregunta, en una encuesta estructurada, dice: ¿Le ha dicho alguna vez un médico que tiene o padece bronquitis crónica, enfisema, enfermedad furtiva o EPOC? Ya esto 142 personas respondieron. La edad promedio es de 67 años, 75% mujeres; ese puede ser un sesgo por la encuesta en la medida que se encuestaban hogares. Es posible que haya habido más mujeres en el hogar, que hombres.

Sigue en la página 9

La prevalencia de 3,2% es muy baja quizá, pero los datos importantes, los datos crudos son el 47%, casi la mitad de ellos estaban sin un tratamiento farmacológico de mantenimiento. Los que estaban en tratamiento recibían una combinación de corticoide más LABA, porque es la combinación más comúnmente disponible en el sistema público en nuestro país. Y lo que es peor, un 23%, casi uno de cada cuatro continuó fumando a pesar de tener EPOC. Esos son datos muy duros.

En conclusión, es una enfermedad relativamente joven, el acrónimo no es conocido, hay confusión en el diagnóstico y en el tratamiento. Lo que nosotros llamamos "danza diagnóstica entre asma y EPOC", y es un problema muy frecuente.

Hay una necesidad importante de educación, no tanto al personal sanitario, como si de la población que la identifique como una enfermedad que hoy día es prevenible, es tratable, hay acceso a medicamentos de distinta calidad y, sobre todo, no solo hay que hacer el diagnóstico, sino que probablemente, una vez hecho el diagnóstico hay que caracterizar a ese paciente, personalizar la terapia, tanto farmacológica como de continuidad porque puede dar buenos resultados.

Así está la cosa. Podríamos decir que el vaso está medio vacío o está medio lleno. La mirada pesimista, es decir que esto es un desastre o la mirada positiva es que hay un montón de trabajo por desarrollar y que realmente podemos hacer muchísimas cosas en términos de políticas públicas. Además, esto es un desafío a las sociedades científicas y a los gobiernos para tomen conciencia de que esta enfermedad existe, que es tratable, que no hay que mirarla como una enfermedad auto infringida, sino como una enfermedad que tiene muchas vías de resolución y manejo. Muchas gracias.



Agenda

- 1. Orígenes
- 2. Definiciones
- 3. Reconocimiento
- 4. Diagnóstico
- 5. Problema actual
- 6. Conclusiones

Una larga historia

- 1. 1814: bronquitis crónica (Badham)
- 2. 1846: espirómetro (Hutchinson)
- 3. 1958: simposio CIBA
- 4. 1965: acrónimo EPOC (MRC, Londres)
- 5. 1987: espirometría imprescindible
- ¿Qué entiende usted por EPOC?
- Su médico ¿le ha explicado qué es EPOC?
- ¿Le ha pedido a su médico que le explique?

1 de 40-50

Prevalencia y tratamiento de la EPOC en adultos: análisis de la Encuesta Nacional de Salud de Chile (2016-2017)

- "¿le ha dicho alguna vez un médico que tiene o padece bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC?"
- N= 142
- Edad (promedio): 67 a.
- Mujeres: 75%

Prevalencia y tratamiento de la EPOC en adultos: análisis de la Encuesta Nacional de Salud de Chile (2016-2017)

- "¿le ha dicho alguna vez un médico que tiene o padece bronquitis crónica, enfisema pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC?"
- Prevalencia de EPOC: 3,2%.
- Sin tratamiento farmacológico: 47%.
- Principal esquema de tratamiento: CSI + LABA
- Frecuencia de fumadores activos: 23%

Conclusiones

- 1. EPOC: enfermedad "joven"
- 2. Acrónimo no conocido
- 3. Confusión en diagnóstico y tratamiento
- 4. Necesidad de educación

Debate &

Julio Ancochea Bermúdez Presidente de la Red TBS-Stop Epidemias

Efectivamente, Patricio la EPOC sigue siendo una gran desconocida. Tú lo has dicho, es una enfermedad prevenible y tratable, íntimamente ligada al consumo de tabaco. Pero EPOC no es solo tabaco, está el déficit de Alfa-1 Antitripsina que es una proteína que se produce en el hígado. Su principal función es proteger el pulmón de la degradación.



La EPOC es una enfermedad prevenible y la inflamación causada por infecciones que atacan el tejido pulmonar; o de agentes externos como el tabaco u otras sustancias inhaladas que son contaminantes e irritantes. Está el papel de la contaminación ambiental, está el desarrollo pulmonar anómalo, hay tantas cosas... De hecho, la EPOC se está rejuveneciendo y se está feminizando. Es el paradigma de enfermedad crónica altamente prevalente, con frecuentes comorbilidades asociadas a la propia época y al envejecimiento. Su prevalencia evidentemente aumenta con la edad. Nosotros realizamos en 2007 el estudio EPI-SCAN, que pretende conocer la prevalencia de la EPOC en población de 40 a 80 años y vemos que el 11,8% de los españoles mayores de 40 años padecen EPOC, es uno de tus mensajes, Patricio, el 74% no están diagnosticados en base a los estándares actuales. También es cierto que la EPOC es una enfermedad muy heterogénea y tenemos que hablar de distintos fenotipos. Hay que clasificar al paciente con EPOC y esto va a condicionar la actitud terapéutica. Queremos hablar también de rasgos tratables, de manera que bueno, no voy a entrar ahora en la discusión porque quiero que al final discutamos todos, pero tu ponencia me ha parecido especialmente interesante porque además hablas desde la experiencia. Estamos hablando de EPOC y llevamos muchos años hablando de EPOC, pero sigue siendo un problema de salud pública de primer orden, con un impacto sanitario, económico y social tremendo y hemos sido incapaces, por ejemplo, de democratizar la espirometría en Atención Primaria y no voy a entrar a hablar de lo que ha sido el impacto de la pandemia en este tema.

12 a Jornada de Actualización: TB-posCOVID



2024



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

PARTICIPA, PREVIA INSCRIPCIÓN GRATUITA

Envía tu nombre, DNI, profesión-actividad y móvil a: redtbs@redtbs.org



José Roberto Jardim

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 Asamblea de Rehabilitación de la American Thoracic Society. Brasil

Detección de la EPOC en AP (Estudio con 720 pacientes)

Gracias julio, es muy agradable estar en esta 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras. El nombre es muy importante, "Sanidad sin Fronteras", esto que está hoy más que discutido. Voy a hablar de la "Prevalencia de la EPOC en la Atención Primaria en pacientes con factor de riesgo". Cuántos y cómo son los pacientes que van a la Atención Primaria y conocer el porcentaje de diagnóstico previo, la prevalencia con EPOC y sin EPOC. Y la otra cosa que nos decía Julio, de que muchos de ellos tienen factores de riesgo importante, sí, por eso en nuestro estudio procuramos y buscamos la prevalencia. El factor de riesgo es muy conocido, un 70% son fumadores y el 30% son por humo de leña a exposición ambiental; productos químicos que llevaron a personas a la EPOC, y también la cocina es muy importante.

La prevalencia de la EPOC en Brasil en la AP es en 2023, en una población de 210 millones de personas, es muy amplia y por eso hemos dividido en 5 áreas (Imagen 2). Dos ciudades con un centro de salud cada de cada una en São Paulo, que está en el sudeste de la región brasileña. En el Este, una ciudad en el Estado de Paraná y más abajo Porto Alegre, ya muy cerca de Argentina y Uruguay. Medimos el potencial de subdiagnóstico, el límite inferior de la normalidad, que está sufriendo mucho porque lleva en consideración la edad y también el sexo, y su potencial de diagnóstico (Imagen 3).

La relación fija tiene un problema porque manteníamos la misma relación, pero la realidad es que la función pulmonar disminuye con el pasar de los años. Creo que yo soy el decano de esta de esta reunión, hoy fumar es muy malo y lo que pasa es que mantenemos con razón que aumenta. Pero los mayores de 60-69 años van a tener una disminución de la función pulmonar que, como expresión sociológica, vamos a llamar EPOC.

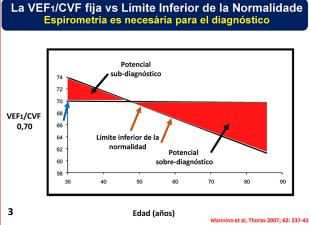


Moderador: Seguimos adelante con mi gran amigo, el profesor José Roberto Jardim, desde Brasil. Es profesor Senior de Enfermedades Pulmonares en la Escola Paulista de Medicina de la Universidad Federal de São Paulo. Expresidente de la Asociación Latino Americana del Tórax durante dos periodos. Miembro del Comité de Planificación de la Asamblea de Rehabilitación de la American Thoracic Society. Membro Honorario de las Sociedades de Neumología de Colombia, Ecuador y Perú y también de la Asociación de Fisioterapia Respiratoria de Brasil. Dejó de ser presidente de la ALAT en 2004, año en que fui presidente de SEPAR, de 2006 a 2009. José Roberto fue miembro honorario de la SEPAR porque en España se le admira mucho y se le quiere. El profesor Jardim es un auténtico crack. Hoy nos va a hablar de la detección de la EPOC en Atención Primaria y nos va a relatar sobre un estudio realizado con 720 pacientes.

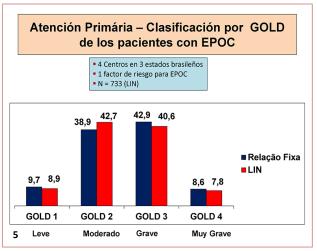
Objetivos

- 1 Evaluar la prevalencia de EPOC en la atención primaria en pacientes con un factor de riesgo
- 2 Conocer el porcentaje de diagnóstico previo
- $3-\mbox{Comparar}$ la prevalencia de síntomas en pacientes con EPOC y sin EPOC
- 4 Hay cuestionarios simples que nos ayudan a buscar pacientes com EPOC
- 5 Conclusiones









En los dos diagnósticos, fija y límite inferior de la normalidad. Son 400 y empezamos con la edad, es muy importante, empezamos a buscar los pacientes con 35 a 39 años. Lo que gueríamos de que los esos centros de salud es llamar a la atención de que no tenían un neumólogo. Así que los pacientes van para ver a un clínico general. Es muy importante destacar esto porque se acuerda que empezamos aquí al revés. Así que empezamos con 40 años, pero más en el límite inferior de la normalidad; ya estas diferencias se mantenían en favor del límite inferior de la normalidad en 340 a 49 años, aquí ya empieza a disminuir, pero en más de 70 años donde vamos a tener un sobre diagnóstico (Imagen 4). La primera cosa que vemos es que, de cada cuatro pacientes, uno va a tener EPOC. Y el límite inferior de la normalidad lo vaya a hacer, creo yo, un diagnóstico más preciso que la relación final.

Aquí están los cómo se distribuyen: la columna azul del gráfico es de la generación fija, los rojos son del límite inferior de la normalidad. Había la mayoría de los pacientes que tenía 190 pacientes que eran moderados o eran graves y muy pocos muy graves, al igual que muy pocos los leves (Imagen 5).

Esto es muy interesante, viene de un estudio americano que hace algunos años, pero es muy didáctico. El porcentaje de realización de algunos exámenes y este grupo americano fue a un seguro de salud americano y me gustaría ver los registros de los pacientes de Seguro de Control que no lo tienen y los que lo tienen. En la espirometría se ve que es muy poco los que no tenían Seguro de Control. Un 25% de los que tenía un Seguro de salud tenían una espirometría, pero es comprensible porque la gente de Seguro de salud no quiere gastar y tener costos extras; pero observen en el gráfico que los pacientes de la Universidad suben a un 45% de diferencia (Imagen 6).

Pero no todo sale muy bien, y el control de los neumólogos es por síntomas, pero miren la placa de tórax, en los Seguros y la Universidad había más placas de tórax que lo que había de espirometrías. Y tampoco se hace el diagnóstico con electrocardiograma, pero de nuevo había más en la Universidad los que tenían una espirometría. Lo que aprendemos de esta diapositiva es que no hacemos los exámenes que deberíamos hacer (Imagen 6).

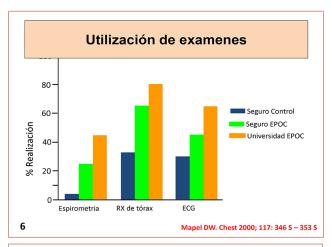
Sigue en la página 13

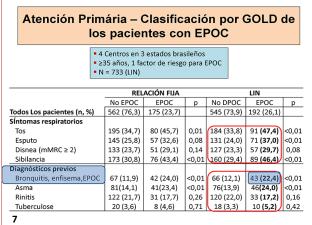
Los síntomas son muy importantes, de aquí porque los pacientes con EPOC han tenido más síntomas de los que no tenían EPOC. Son pacientes que también fueron a centros de salud por alguna razón de salud, podría ser tos o podría ser alguna otra cosa, esto no se pone porque siempre han tenido más síntomas que los que no tienen. Aquí les comento que son enfermos que van a usar o usan centros de salud. Tenemos un diagnóstico previo de bronquitis crónica. En diagnóstico previo con los tres síntomas, un 22% tenido diagnosticó antes o anterior o previo. Eso ya es decir que un 78% no sabían que tenía EPOC porque no habían hecho o nadie de nosotros habíamos diagnosticado o informado (Imagen 7 y 8).

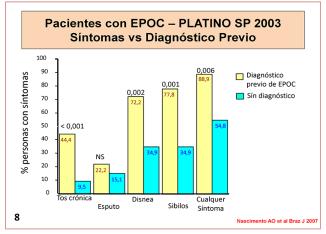
Bien, es muy interesante que el estudio Platino con el símbolo del sudeste de São Paulo, solamente que fue el primer estudio en Latinoamérica, había pacientes con diagnóstico previo y nosotros sin diagnóstico y los síntomas. Cualquiera que fueran los síntomas de lo que hablamos aquí, de los porcentajes de los pacientes sin diagnóstico. Así lo que es eso nos enseña que es posible que estaba esperando mucho tiempo para dar alguna a alguna importancia a los síntomas de los pacientes y eso tenemos que enseñar a los médicos de la clínica general, a los clínicos en general y aquí tenemos la otra parte muy interesante para nosotros de Latinoamérica, siempre que se habla de eosinófilos y EPOC, nos dice, o por lo menos a la pregunta que he tenido yo muchas veces en Latinoamérica, pero ese es un 100 a 300, es un dato que sirven para Europa, sirven para los Estados Unidos, pero no por los países en desarrollo (Imagen 9).

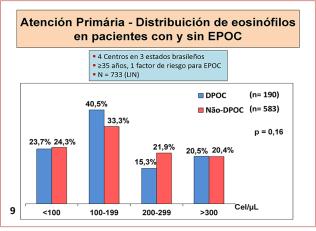
No los presenta aquí, pero tengo una diapositiva que presenté hace dos años con 10 000 pacientes del estudio de impacto y no hubo ninguna diferencia entre por mediana y por promedio en el sur de América del Norte, Europa oriental, Europa occidental, y otras regiones. Estos son los pacientes con EPOC estos son los pacientes sin EPOC y lo que vemos aquí es que los números, los valores de 20%, alrededor de menos de 100, en rojo o los que tienen más de 300 no son muy parecidos con aquel que se ve en la literatura médica (Imagen 10).

Hay dos cuestionarios muy simples en Latinoamérica, y esto viene de Argentina, de Berna M que lo publicó hace algunos años y que estudiaron pacientes con EPOC y la Atención Primaria y sacaron estas seis preguntas. Y se daba cuando, aunque sea ordinario, era una pregunta de sí o no. Las características eran tener más de 50 años y











Indice CODE (100 EPOC / 468 At. Primária ARG.)

VARIABLES	SI	NO
Edade ≥ 50 años	1	0
Tabaquismo ≥ 30 paq. año	1	0
Sexo masculino	1	0
Falta de aire	1	0
Esputo	1	0
Tos crónica	1	0
TOTAL		

CODE: COpd Detection questionnairE

PUNTAJE	SENSIBIL.	ESPECIFIC.	VPP	VPN
0	NA	NA	NA	NA
1	100	RIESGO BAJO]1	100
2	98	24	2 5	98
3	79	46	27	89
4	56 R	IESGO MODEF	RADO 4	86
5	36	87	43	84
6	11	RIESGO ALT	O _3	81

Bergna M et al. Eur Respir Rev 2015; 24: 320-32

Development of a simple screening tool for opportunistic COPD case finding in primary care in Latin America: The PUMA study

MARIA VICTORINA LÓPEZ VARELA, ¹ MARIA MONTES DE OCA, ² ALEJANDRA REY, ³ ALEJANDRO CASAS, ⁴ ROBERTO STIRBULOV, ⁵ AND VALENTINA DI BOSCIO ⁶ ON BEHALF OF THE PUMA TEAM

Variable		Simple score	Weighted score [†]
Gender	Female	0	0
	Male	1	2
Age (complete years)	40-49	0	0
	50-59	1	9
	60+	2	16
Pack years smoked during	< 20	0	0
life	20-30	1	1
	>30	2	7
Dyspnoea	No	0	0
	Yes	1	8
Chronic phlegm	No	0	0
	Yes	1	3
Chronic cough	No	0	0
	Yes	1	3
Previous spirometry	No	0	0
performed during life	Yes	1	5
†To build the score, we use regression model, multiplied b	ed the β coe		justed logist

Lopez varela MV et al Respirology doi:10.1111/resp.12834

CONCLUSIONES

- El diagnóstico precoz de EPOC permitiria intervención más precoz y posible cambio en la na historia natural de la EPOC
- En nuestro estudio, un cuarto de los pacientes con un factor de riesgo fueron diagnosticados con EPOC
- Los pacientes diagnosticados con EPOC son más sintomáticos
- Se deberia estimular la búsqueda de EPOC en personas en riesgo abajo de los 40 años
- El uso de simples cuestionários podría aumentar el diagnóstico de EPOC

13

12

Y fumar más que 30 paquetes-año y de sexo masculino. Los signos: falta de aire, esputo y la tos crónica, si se suma es este puntaje el que nos la posibilidad (Imagen 11) de ver por riesgo bajo o riesgo moderado y haber un riesgo alto. Lo que hicimos fue simple y nos encontramos con bastante porcentual de riesgo (Imagen 11).

Otro estudio que tenemos con estudio *The Puma*, que desarrollamos en cuatro países de Latinoamérica y este es muy parecido con el de Berna M. También el sexo, pero hombre con un buen porcentaje, pero que se ha dividido la edad. Luego de los paquetes-año que se fumaba, menos o más la falta de aire, el esputo, y la tos. Al estudio *The Puma*, nosotros agregamos también que se había atendido a una espirometría y que habían tenido alguna experiencia previa. Era una señal que algo ya había pasado por alguna enfermedad respiratoria (Imagen 12).

Llegamos a las siguientes conclusiones: el diagnóstico precoz permitiría una intervención precoz un cambio natural de la historia natural de la EPOC. En nuestro estudio, un cuarto de los pacientes con un factor de riesgo fue diagnosticados con EPOC. Los pacientes diagnosticados con EPOC son más sintomáticos, es los que esperamos que por eso debemos dar una importancia muy grande y enseñar a los médicos de Atención Primaria cuales son los síntomas importantes. Se debería estimular la búsqueda de EPOC en personas en riesgo por debajo de los 40 años. El uso de simple cuestionarios podría aumentar el diagnóstico de EPOC (Imagen 13). Nada más. Agradezco mucho la atención. Muchas gracias.

Puedes ver las ponencias completas de la 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras, en nuestra web o clicar en este enlace



Gabriel Ricardo García

Director del Centro de Investigaciones Respiratorias, CEPIR (La Plata). Expresidente de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria. Exdirector del Departamento de Asma de la Asociación Latinoamericana de Tórax. Argentina

Si tienes asma no vengas a Latinoamérica

Gracias Julio por la invitación y gracias Mario. Bueno, cuando me invitaron a hablar yo pensé que quería reflexionar durante estos minutos con ustedes y compartir esta realidad del asma que, si bien el título es muy duro, hay que dejar un margen para pensarlo. Y una de las cosas que uno tiene que pensar es que el asma es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las vías aéreas y es una enfermedad prevenible y tratable, al igual que la EPOC. Las dos preguntas que me hago son: ¿Por qué se muere la gente de asma? Y ¿Por qué se sigue muriendo gente a este lado del océano? Entonces, yo, lo que le voy a presentar ahora, no son solo datos, sino que voy a mostrar algunas cosas que ve la gente en su quehacer diario.

¿Por qué Latinoamérica no es un buen lugar para los asmáticos? Miren, esto es de Puerto Rico, es un diario publicado en el 2018 donde dice que el 13% de la población de Puerto Rico sufre asma, casi medio millón de personas sufre de asma (Imagen 1).

Miren estos datos de Perú; Lima lidera el ranking de ciudades con más casos de asma infantil debido a la contaminación ambiental por tráfico. Y esto fue publicado en el 2019, pero miren quién está tercero en esta lista: Bogotá. O sea que hay dos ciudades de Latinoamérica que son de las más contaminadas y relacionadas con el asma. Respecto a la contaminación ambiental, de las 10 elegidas, hay dos que son de Latinoamérica (Imagen 2).

En Brasil se mueren más de 2000 personas por año por arma (Imagen 3). Y miren lo que pasa en México donde hasta el 73% de las personas con asma no están diagnosticadas de forma adecuada. O sea, que no se le hace una espirometría y el diagnóstico, tampoco se hace (Imagen 4). Y en Chile, lo que se encontró es que la mitad de los chicos que ingresan o se internan a un hospital por asma, la mitad de ellos no tiene diagnóstico, simplemente tienen la palabra asma (Imagen 5).



Moderador: Ahora vamos a la Argentina y nos vemos con Gabriel Ricardo García, especialista en Neumología y director del Centro de Investigaciones Respiratorias, CEPIR, La Plata Argentina. Expresidente de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria y, también, exdirector del Departamento de Asma de la Asociación Latinoamericana de Tórax. Miembro del Comité ejecutivo de GEMA, la Guía Española para el Manejo del Asma. Con este background, y con el criterio que tú tienes vas a hablarnos hoy de asma, y el título de tu ponencia es muy provocador. Cuéntanos por qué es tan extrema tu recomendación.













Y la frutilla del postre, obviamente la tiene Argentina. Esto fue publicado este año, para el Día Mundial del Asma, en donde se dice que la enfermedad la sufren dos millones argentinos sin saberlo y mata a 400 por año (Imagen 6). Por esto creo que uno tiene que realmente pensar que de este lado del charco no estamos bien, no estamos haciendo bien las cosas, me parece que de una enfermedad que sería fácil de tratar y a la cual es fácil de acceder, la estamos complicando demasiado.

Una de las cosas que hicimos en el Departamento de Asma para el año 2019, para el Día Mundial del Asma, fue no preguntarles a los médicos, ni siquiera preguntarles a las autoridades de la salud, a lo sumo a preguntarles a los pacientes sobre ciertas cosas de qué opinaban de esto que es del asma (Imagen 7). Esto, si bien se hicieron en muchas ciudades de Latinoamérica y participaron más de 117 neumólogos miembros de la ALAT. Estos resultados que les muestro son de Perú, México y Argentina; encuestamos a 960 pacientes, 60% adultos y casi 40% pediátricos. Lo importante es que más de la mitad habían tenido una crisis en el año previo (Imagen 8). Pero lo que más importó de este estudio es que al 33% nunca le dijeron que era asma lo que tenían. Lo peor de todo era que casi el 50% nunca le habían hecho una espirometría, el 10% no tenía tratamiento y solamente el 17% usaba corticoide inhalado (Imagen 9). La conclusión es que los pacientes en Latinoamérica cuando son encuestados en la vida pública no están muy bien informados que digamos. O sea, si el asma se diagnóstica mediante una espirometría a más de la mitad de ellos nunca le hicieron una espirometría y el médico lo diagnostica, como decía, a ojo. Lo terrible de todo esto es que muchos pacientes están muy, muy, muy maltratados.

Entonces pensemos un poquito ¿Quién tiene la culpa? ¿Dónde está el problema de todo esto? A mí se me ocurren que suceden tres cosas: Primero, que el problema posiblemente esté en el sistema de salud, el segundo en los médicos y en el tercero de los pacientes (Imagen 10).

Ahora le voy a mostrar algunos comentarios respecto a esto y vamos a hablar del sistema de salud. El sistema de salud en Latinoamérica, en la gran mayoría de países el gran problema es que los pacientes no tienen acceso a la asistencia. No estamos hablando de acceso a los mejores

Siaue en la páaina 1

tratamientos, a todos los biológicos u otros, sino que no han sido atendidos sencillamente en Atención Primaria; son pacientes que no existen, que no hay un nexo con distintos hospitales de mayor complejidad. La gran mayoría de los pacientes andan por la calle con su asma a cuestas y nadie los atiende. El sistema de salud también es perverso porque hay una mala distribución de los tratamientos y muy pocos pacientes acceden a los tratamientos. Ya sea cubiertos por el Estado o por la seguridad privada. Existe escaso manejo de los pacientes graves con escaso manejo interdisciplinario. Y lo terrible es que no existe educación. Además, fundamentalmente el sistema de salud no contiene a ningún paciente asmático. Este es un dato que presentamos hace muchos años, donde fuimos a ver en las salas de Guardia de Buenos Aires (Imagen 11). También ese en ese momento el título es, también: "Si tienes asma no vengas a Buenos Aires". Fíjense que es solamente el 10% de las salas de Buenos Aires tienen un pico flujo, si bien tiene el 91% tenían un oxímetro de pulso, no existe una normativa en el 85% y la gran mayoría, casi todos, el 100% sigue usando nebulizaciones. Lo fundamental de todo esto es que un paciente que va con una crisis de grave de asma a una Sala de Guardia en Buenos Aires, cuando se va a la casa, lo mandan sin nada (Imagen 12).

Los pacientes, la gran mayoría de los pacientes en Latinoamérica subestiman la enfermedad, piensan que están bien, piensa que los síntomas se les van a pasar. Hay muchos que no lo estiman, o sea, no perciben la enfermedad, pero la realidad es que no tienen ni idea de que es el control del asma que es de las enfermedades, junto con la EPOC, con la peor adherencia a los tratamientos (Imagen 13).

Hay dos grandes mitos en los pacientes que son los siguientes: "El salbutamol te va a matar" y, "Si se inhala te va a hinchar". Doctor, deme cualquier cosa menos un corticoide inhalado porque eso hace mal y si usas mucho salbutamol te vas a morir. Bueno, esos son de los grandes mitos que todavía, por culpa nuestra, siguen presentes en los pacientes de Latinoamérica.

Ahora déjenme mostrarles qué hacen los médicos en Latinoamérica. Bueno, acá van algunos ejemplos, miren las recetas que hacen algunos de ellos. Va un ejemplo y esto me lo pasó un sanitario, dice: "Nebulizar con 90 gotas de salbutamol dos veces por día", o sea que si el paciente no sufrió una taquicardia y no se quedó temblando... ¡Terrible! (Imagen 14).

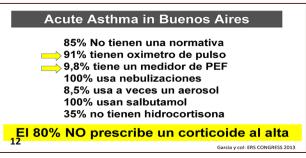




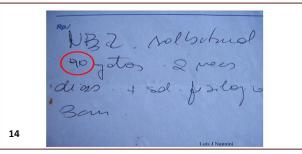




















Mañana un paciente va a una Guardia o a una sala de Atención Primaria y le dicen: "Nebulice con lo que tenga". Esto es terrible: "Vapor de agua 3 veces por día" (Imagen 15). Mire este otro, la fecha, 18 de agosto de este año en el Instituto Central, del cual yo soy jefe de servicio, en donde ingresó a un paciente con una crisis de asma. Miren lo que le dieron: "Hidratación parenteral, adrenalina, una ampolla en 500 solución fisiológica, 28 gotas por minuto endovenoso". Perdónenme lo puedo decir en argentino, "no lo mataron de pedo" (Imagen 16). ¿Estamos todos locos a adrenalina endovenosa en el 2023 para un paciente asmático? Pasa porque esta conjunción en que los pacientes no saben cómo están y los médicos estamos haciendo cualquier cosa y el Estado o el sistema de salud no se hace cargo. Ahora nosotros no le explicamos a nuestros pacientes cómo deben hacer la medicación. Fíjense, esta paciente está usando, más o menos 18 pastillas. Esta otra agitó y la medicación se le quedó en el dedo. Y otra paciente está rompiendo una cápsula de un inhalador que se está poniendo.

El tratamiento del asma para el médico de Atención Primaria debe ser fácil, o sea un paciente con una leve, tiene que estar inhalando a bajas dosis, un paciente con asma moderada, un corticoide inhalado, más un lava y el grave altas dosis de corticoide inhalado más un lava. Y evaluar en un centro de alta complejidad, a ver si requiere un biológico (Imagen 17). Yo creo que el problema pasa por acá, pasa por la educación, pasa por poner el asma en la agenda de los políticos, de los que manejan la Salud Pública. Sin embargo, el asma no les interesa, no hay espirómetros en la sala de AP, no hay acceso de los pacientes para los medicamentos, no digo lo más caros, los más básicos. Yo creo que tenemos que educar a nuestros pacientes y hay una palabra: "tiempo". Tenemos que dedicar tiempo con nuestro paciente, ver como usan los señaladores, explicarle que es la palabra asma, explicarle que eso lo tiene que usar todos los días. También tenemos que educar a los médicos (Imagen 18). Somos culpables de todo esto porque es fácil decirle a un paciente: "¡Ah! Tiene problema en los bronquios", y fuera. O darle los medicamentos y no chequear cómo lo usan. Y somos los culpables de haber mentido en la cara a la gente con frases hechas. Me parece que si uno resume este gran desastre que existe en Latinoamérica, se debería decir que "falta educación". Muchas gracias.

José Antonio Suárez Sancho

Asesor de enfermedades tropicales. Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la Salud. Panamá

Migrantes vulnerables en la selva de Darién 2023

Bueno gracias por permitirme conversar con ustedes sobre lo que hago; yo también soy un triple migrante porque soy nieto de catalanes, salí de Cuba corriendo, estuve en Venezuela y ahora en Panamá, donde me vuelvo a encontrar con la misma realidad, lo cual para mí es casi como un compromiso. El tipo de trabajo que hago es en enfermedades tropicales. Soy básicamente pediatra, pero mi experticia es medicina tropical y conocer lo que es la selva. Esto es un atardecer en el río Chucunaque (Imagen 1 y 2) que se convierte casi como en la autopista por la que yo hago por muchos viajes y quiero conversarles sobre cuál es la realidad en este momento. Este es el Centro de Migrantes donde normalmente trabajo y estos son parte de mi equipo de trabajo que básicamente son militares de fuerza élite que trabajan en selva (Imagen 3). Algunos médicos panameños y una amiga, que es mi esposa, me acompañan a veces cuando voy a estas actividades. Mi trabajo no es un trabajo muy fácil porque penetró por todas las selvas del Darién y esto tiene algunas connotaciones importantes en lo que se refiere a la realidad. Cada vez que veo un camión de estos que vienen con 60 personas que pueden estar saliendo de la selva con una connotación de 70% de ellos violada, robada o secuestrada (Imagen 4).

Vengo trabajando desde en el Darién desde el 2015 y fui médico del asesor del Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, que es una institución de salud pública establecida en Panamá dedicada principalmente a la investigación de la salud y prevención de enfermedades (Imagen5). Lo fui hasta febrero del 2023, pero debido a lo que está pasando en el Darién, tengo un compromiso moral con esta situación de la migración y estoy prácticamente más metido en la selva que en cualquier otra cosa. Este lugar es de un silencio informativo absoluto.



Moderador: Seguimos adelante, nos queda una ponencia más y desde Panamá viene a esta jornada José Antonio Suárez Sancho, que nos va a hablar de "Migrantes vulnerables en la selva de Darién en 2023". Toni es profesor de la cátedra de parasitología en el Instituto de Medicina Tropical de la Universidad Central de Panamá. Especialista en pediatría, es jefe del Vivario de Animales Venenosos en el Instituto de Medicina tropical. Y tiene una importante actividad académica y experiencia en la coordinación y asesoría científica en diversos organismos y sociedades científicas. Además de infectólogo es también médico cirujano. Fue presidente de la Sociedad Venezolana de Infectología y profesor de infinidad de cursos y temáticas sobre enfermedades tropicales. Conoce y ha estado trabajando en múltiples países de América Latina y El Caribe. Tony, Cuando quieras, háblanos de este tema que nos resulta especialmente profundo.



Sigue en la página 20













Cuando veo todos los que ustedes exponen, ahorita me emociona ver tanta ciencia junta porque yo tengo que trabajar debajo de una mata de arbustos con tan solo un estetoscopio, con un electro de campo y lo que puedo hacer. Esta es la última foto que publicó un periódico americano en la que se puede ver a una poblada de personas bajando la ribera. Es la bajada de la muerte en donde van niños que padecen múltiples enfermedades (Imagen 6 y 7). Pero esta foto que todavía más reciente es la poblada de los pacientes venezolanos que están y las personas que vienen de Venezuela que pasan por el Darién como si esto fuera un turismo y muchos de estos se quedan en el camino (Imagen 8).

En el 2013, la migración de referencia viendo en las selvas donde me empecé a meter inicialmente, eran migrantes africanos y haitianos, pero prácticamente no veía ningún migrante venezolano. Esto en el 2022 es la realidad donde el 60% de los que estábamos viendo era migrantes provenientes de Ecuador y Venezuela, pero de Venezuela es una cifra sumamente importante. Esto lo vengo denunciando desde el 2018, pero realmente la denuncia solitaria no tiene ningún impacto (Imagen 9 y 10). Médicos sin Fronteras viene con tres médicos generales con buena voluntad, pero el único médico infectólogo tropicalista y con experiencia en área de selva soy yo. Soy un médico de monte que usa botas y empecé a trabajar y ver que la cosa está es muy complicada y las cifras de drama social son muy dolorosas. Venezolanos somos de 28 millones de los cuales 6 millones somos refugiados y un gran lote de ellos también están en España. Formo parte de los migrantes de Latinoamérica y cuando dicen que Venezuela se arregló, eso es una mentira (Imagen 11). Esta es la situación real en la cual nosotros partimos desde el Necoclí en donde está el golfo de Urabá que limita con El Chocó, donde se encuentra la selva del Darién próxima a Panamá, en el Urabá colombiano; desde aquí se domina toda la migración y empiezan a salir la gente hasta Capurganá y ahí comienza la guerra por el Darién (Imagen 12).

Las selvas aquí son curiosamente duras para mí que he trabajado en las selvas de otros países como las de Ecuador y del Amazonas. Esto es como ir a un parque de golf al lado de estas selvas que son puro pantano con el 90% de humedad, 40° de temperatura y en algún momento determinado uno está con oliguria a pensar de toda el agua que quiera tomarse, se deshidrata (Imagen 13).

Yo que por muchos años he venido trabajando también con poblaciones receptoras la situación es calamitosa. Esta es la Real de Santa María, que fue la primera ciudad española que hubo en las Américas y la cantidad de enfermedades que hay y que diezmaban a los colonos es abrumadora (Imagen 14). De aquí se movió el oro los españoles, pero no se movió la comunidad que tiene encefalitis equina venezolana con encefalitis de virus Madariaga, antes conocida como encefalitis equina del este, con una letalidad de 15% y con unas lesiones seculares por encima de 35%. Aquí hay malaria, hay Chagas, este es uno de los sitios donde yo pernoto cuando trabajo. Y cuando le hablo a la gente de las poblaciones migrantes le digo que el problema es de las poblaciones receptoras, lo mismo que ven en receptoras las van a ver en los migrantes y ellos conviven cercanos entre si (Imagen 15). Hoy se está presentando en el Congreso Americano un paciente que vi con malaria, Masonella y con dengue, ambos de modo simultáneo que no es sino una de las tantas endemias que uno ve en todas estas áreas selváticas.

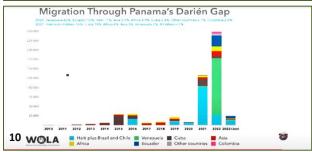
Esto lo escribí hace algún tiempo con algunos de los grupos de personas que me acompañaban porque no había nada que se pareciera más a las Estaciones de la Selva que el Infierno de Dante. Hicimos algo un poco recordando la problemática porque esta es una mezcla del Inferno de Dante con una Torre de Babel, con 14 idiomas diferentes y con un montón de enfermedades es muy similar (Imagen 16).

Aquí, lo que veo con pacientes es que en el 97% vienen con lesiones cutáneas, con lesiones severas (Imagen 17). Y nosotros le hemos dedicado especial atención al área pediátrica. Este documento lo hice con mi querida Laura, mi esposa, un poco sensibilizando a la problemática del Darién porque nadie toma en cuenta esto (Imagen 18). Y cuando vemos niñitos como este con un cuartico de jugo en la mano y están contentos, conmueve (Imagen 19). También es duro cuando con los muchachos que trabajan conmigo manejando dermatitis lineales, leishmaniosis, tomando muestras donde sea en cualquier cuarto que consigamos por ahí de algo que parezca una consulta (Imagen 20).

Esta publicación la acabo de sacar en *The Lancet* y es un poco lo que se llaman "las muertes del Darién" porque lamentable una gran cantidad de personas mueren, bien sea por armas de fuego, violadas o maltratadas en la















Riesgos para poblaciónes Migrantes y receptoras en Darién

Poblaciones Migrantes

- Malaria
- Leishmaniasis
- Arbovirus
- Leptospirosis
- Accidentes por contacto animal
- Enfermedades Transmisión sexual
- Encefalitis Equina(Venezolana-Madariaga)
- Enfermedades infecciosas de la junglo

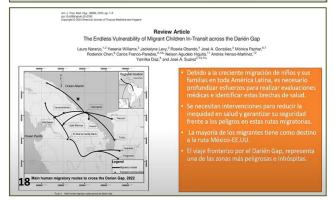
endémicas en los países Migrantes

• Enfermedades infecciosas de las Áreas selváticas tropicales

Poblaciones Receptoras







selva y el gran episodio es que ninguno tiene nombre ni apellido; lo que conseguimos a veces es que los que tienen tatuajes son más fáciles para identificar (Imagen 21). Ahorita estamos haciendo un Banco de ADN para darle santa sepultura a esta gente. Lo que ven al lado izquierdo de la imagen es una imitación en plastilina a un muerto hecha por unos artistas colombianos y los dos muchachitos que están sobre la figura, uno tiene 68 y el otro tiene 69 años; y este último es mi compañero de patología con los que hemos estado metido en la selva de lleno y en la foto, en el lado derecho, ven la zanja común con los muertos sin nombre, como si fuera guerra (Imagen 22 y 23). Esta foto es lo que conseguimos en los caminos de la selva: un brazo lleno de fango que sale a la superficie después de que lo mataron (Imagen 24). Esto es básicamente lo que quería conversarles, solamente quería mostrarles un poco lo que sucede con los migrantes en la selva de Darién en la actualidad.

Lo último que estoy haciendo es trabajando con un virus que se llama Punta Toro, de la familia Bunyaviridae, del grupo de la fiebre de la mosca de la arena, transmitido por mosquitos. Generalmente causa una infección leve y autolimitada en los humanos, pero puede progresar a una enfermedad febril aguda similar al dengue/influenza. Y quiero terminar diciéndole que debajo de la sombra de la selva hay un niño que queda huérfano, hay un niño desatendido, hay niños que han sido, convertido en tráfico de órganos y realmente... Nadie le pone el cascabel al gato (Imagen 28).

Así que esto es lo que quería hablarles, porque un árbol solo no hace una selva ni un médico solo hace un hospital. Pero esto es un compromiso histórico que tengo con conmigo, con la vida y después de salir de tantas penurias y venir a ver tanto desarrollo, mi país tiene 35% de indios y animales intoxicados por mercurio. Veo los pacientes intoxicados por otras cantidades de metales pesados en todos los lugares de las selvas de América que se están contaminando.

El dinero es mal compañero y amigo para alguna gente que no sabe lo que está haciendo. He corrido por muchas tierras y ha sido perseguido por otras tantas, pero sigo pensando que uno no negocia ni con la vida ni con los sentimientos en torno a esto que está sucediendo cada día. Muchas gracias.

Sigue en la página 23





Debate &

Julio Ancochea Bermúdez Presidente de la Red TBS-Stop Epidemias

La verdad es que nos has impresionado Toni. Nos has emocionado. Quiero manifestarte nuestro reconocimiento, admiración y gratitud por tu trabajo. Nos has contado que miles de venezolanos migran a través de la selva de Darién, que está entre la frontera entre Panamá y Colombia y ahí estás tú para ayudar, paliar el abandono y la desesperanza. En un



lugar lleno de enfermedades endémicas poco conocidas y muchos migrantes. Una frase que he entrecomillado porque me ha impresionado es: "Los muertos sin nombre ni apellido", muchos de ellos niños. Y nos has hablado de violencia, agresión sexual, tráfico humano y de órganos. Ahí no hay sanidad, no hay agua potable, pero sí hay serpientes, arañas y escorpiones. Y tus palabras finales, que remuevan nuestras conciencias. Debajo de la sombra de la selva hay niños, hay un niño solo, desatendido, abandonado y sin futuro. Gracias, Toni por estar ahí.



Patricio Jiménez Profesor Titular de Medicina. Médico Internista Broncopulmonar. Chile

Me quedé sin palabras después de escuchar tu presentación. Nosotros estamos preocupados del acceso a la espirometría y a los medicamentos y ahí hay una necesidad de acceder a una vida mínimamente decente. Quizás eso es lo que te deja sin palabras. Posiblemente, Mario, te voy a pedir que me envíes la grabación de la ponencia para poder volver a escuchar la presentación con más calma. La colonia venezolana en Chile es muy importante, muy grande y la gran mayoría de ellos son personas que han venido a trabajar nuestro país.

Gabriel Ricardo García

Director del Centro de Investigaciones Respiratorias, CEPIR (La Plata). Argentina

¡Oh! ¡Terrible! Admiro mucho lo que estás haciendo. Te voy a decir una cosa que quizás nosotros estemos en otra galaxia, como decimos acá. Lo que ahí sucede es una gran necesidad porque Argentina es un país donde todo el mundo come con sal y uno sospecha que está lleno de hipertensos, pero no hay tensiómetros, no hay espirómetros en Atención Primaria y tenemos que arreglarnos para orientar al médico de AP y decir que hay de alguna manera, estar atento a los seis síntomas que antes he enunciado. Hoy afrontamos todos una necesidad y tenemos una cosa en común, la necesidad misma, Toni, y que es asesina.



Que cada lugar tiene la gran problemática de la falta de atención y me parece que por ahí pasa, que este es el gran dilema de nuestros países. Hay que ir más allá y hacer cambios Toni te felicito y te admiro mucho.



Carlos Rodríguez Taveras

Jefe del Servicio de Infectología del Hospital Central de las Fuerzas Armadas. República Dominicana

Tenía una pregunta para para Toni, es que me llamó la atención regresando de Tailandia con escala en Estambul, la cantidad de africanos que está viniendo en vuelos para quedarse en Bogotá; una parte importante de la aeronave era africanos y ninguno tenía aspecto de turista; me parecían nuestros compañeros haitianos cruzando la frontera. Entonces me dijeron que es que vienen para hacer el paso y subir hasta Norteamérica; atravesar el Darién. Yo no sabía que existía todo ese conglomerado de migrante de África que venía a hacer ese trayecto.

Sigue en la página 25

Puedes ver todas las ponencias completas y los debates de la 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras en nuestra web o clicar en este enlace

Debate

José Antonio Suárez Sancho

Asesor de enfermedades tropicales. Instituto Conmemorativo Gorgas de estudios de la Salud. Panamá

Actualmente veo muchísimos africanos, no obstante, la proporción de africano, venezolano y ecuatoriano es pavorosamente distinta. Por ejemplo, veo la reactiva tropical malárica, pacientes a los que le haces la parasitemia y no logras ver nada. Yo montó un laboratorio



rápido en la selva con puras pruebas inmunocromatográficas. Tengo un papel que se llama paper time evolutionion, que es una norma de procedimiento para que cualquiera que lo quiera utilizar. Uso este modo y así he captado malaria, de estas malas que están reventando, probablemente con por parcíparos en los Estados Unidos. Y la otra cosa que es interesantísimo, que vale la pena saberlo, son ese kit de la selva que venden en el Clan del Golfo, le pone ceftriaxona intramuscular, a las mujeres le dan cuatro pastillas y azitromicina, aparte de eso le dan 6 preservativos y le ponen cloroquina para que no hagan parasitemia por vivax. Por eso lo que yo hago es una especie de warning de seguimiento que depende de donde estén viviendo. La otra cosa interesante que tengo unos estudiantes en Nueva York que está reclutando migrantes venezolanos, el 30% han salido de cárceles, que no son los que van para Chile, sino que son los que están yendo para Estados Unidos dirigido por el mismo gobierno. Los africanos pasan por Venezuela y después pasan por el Norte. Hay un estudio que acaba de terminar, Wilfrido Coronell, que demostró meningococo A, como África subsahariana en jóvenes adolescentes de Cartagena, Barranquilla y Santa Marta, lo cual te está diciendo cómo viene la promiscuidad y la colonización entre los barranquilleros y los africanos.



Liliana Romero Vega Programa Nacional de Tuberculosis. Ministerio de Salud. Brasil

Bueno, primero quiero agradecer a todas las personas que están aquí reunidas y en la jornada de ayer también, porque realmente a través de estas palestras estamos manifestando un poco esa inequidad, de esa desigualdad social y de esa falta de justicia y gobernanza. Gabriel García Márquez tiene un libro que se llama "Del amor y otros demonios", y en él habla algo así como que el cuerpo no es lo suficientemente cuidado como para todo lo que podría vivir. Tony, todo lo que tú estás mostrando hoy es una réplica de eso que tenemos a lo que irnos adaptando poco a poco porque sin pensarlo hemos ido normalizando esta situación. Entonces, al pasar el

tiempo, tú ves que es una guerra, es una batalla, es migración, pero todo eso a la vez. Muestra la desigualdad que realmente existe. Así entonces hoy no estamos hablando de tuberculosis, no estamos hablando de enfermedades tropicales, hoy estamos hablando realmente de inequidad. Y pienso que este tipo de encuentros está uniendo diferentes geografías en el mismo territorio y nos hace pensar diferente. Y yo veo que todo esto que tú muestras es lo que los pueblos de Colombia, Venezuela, Ecuador... hemos intentado siempre: trabajar de una forma conjunta para poder mitigar esa ese tipo de adversidades. Pero no contamos con esa gobernanza, no contamos con unas políticas públicas estructuradas que realmente consigan tener mayor alcance. Entonces, José Antonio, tú estás trayendo la realidad de pueblos que están callados, la realidad de personas que no tienen cómo hablar y por eso te lo agradecemos. Porque con todo lo que hemos hablado durante estos dos días tenemos que pensar diferente, continuar con la denuncia de estas situaciones tan injustas.

Julio Ancochea Bermúdez Presidente de la Red TBS-Stop Epidemias

Hoy y ayer hemos estado rodeados de imprescindibles. Quiero daros las gracias a todos: Carlos, Rita, Enrique, Liliana, Carlos, Patricio, José, Gabriel, José Antonio, Liliana, Javier, Héctor Javier, Cristina, Cynthía, Erica, Suyapa, Leonel, Juan Jesús, Roberto, y también a João, Joaquín, Mònica, María Carmen, Ana, Giuseppe, Thaís, Anna, Mario... Permitidme que cierre esta 2ª Jornada Iberoamericana. Sanidad sin Fronteras agradeciendo a vosotros y a todos los inscritos y personas que nos siguen y brindan su cálido apoyo. Me gustaría



abrazaros a pesar de que la presencia sea virtual. Es importante vuestra presencia y también vuestro compromiso. El diccionario de la RAE dice que compromiso es la obligación contraída, la palabra dada, y en ello comprometemos nuestro proceder. El alto número de inscritos en esta jornada es halagador y ha sido un honor compartir dos días con compañeros de países hermanos. Muchas gracias a todos por estar tan cerca y por formar parte de un sueño común. Hasta muy pronto.

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 Pùblica 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 Iberolatinoamericana 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 Cinefórum 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.

REDTBS] STOP EPIDEMIAS

RED CONTRA LA TUBERCULOSIS Y POR LA SOLIDARIDAD SANIDAD SIN FRONTERAS

Memorias y Newsletter son publicaciones de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad – Edición 44 y 74 -15.02.24

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 Illenca 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 Hernándo - Luzan 5 - Médicos del Mundo Illes Balears NeumoMadrid - NeumoSur - Pressclipping - Publimas 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

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 Martin-Buitrago López-Carpeño

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma