# Memorias de la COVID-19 La Pandemia en las Américas

#### 23

## REDTBS STOPEPIDEMIAS

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad Newsletter Red TBS informa n° 53 - Memorias de la COVID-19 n° 23 Edición de La Pandemia en las Américas - 10 de septiembre de 2021

Editorial
Morir de éxito



Una vacuna contra el SARS-CoV-2 se logró en menos de un año y resulta un hito en la historia de la investigación. Si hacemos un poco de memoria vemos que para la erradicación de la viruela se tardaron varios cientos de años hasta que, en 1796, Edward Jenner creó la primera vacuna aceptable contra la viruela y más recientemente, en 1950, se comenzó a poder erradicar la enfermedad. Veintisiete años después, en 1967, la producción mundial de la vacuna proporcionó un mayor control y gracias a la tecnología de agujas se logró erradicar la enfermedad en 1980. Las disposiciones sanitarias y campañas de prevención de la Organización Mundial de la Salud (OMS) lograron que la viruela sea la única enfermedad eliminada en todo el mundo por medio de la vacunación.

Con la poliomielitis pasó otro tanto en menos tiempo, si bien los datos históricos indican que en el año 1800 alcanzó proporciones epidémicas. En 1935 se hicieron las primeras pruebas y después de dieciocho años de investigación, Jonas Salk logró una vacuna eficaz en 1953 y Albert Sabin su administración oral en 1956.

La hepatitis B la diagnostica Baruch Blumberg en 1965, quien logra desarrollar una vacuna cuatro años después mediante virus atenuado. En 1981 se aprobó la primera vacuna que utiliza el plasma de pacientes infectados y recientemente, en 1986, veintiún años después, se consigue una vacuna de síntesis química.

En 1981 Harald zur Hausen y Nubia Muñoz asocian por primera vez el virus del papiloma humano al cáncer de cuello de útero y la primera vacuna llega en 2006.

Editorial: Morir de éxito Carta abierta a las Américas	1
<b>José Carlos Bermejo</b> Director del Centro de Humanización de la Salud San Camilo.	
Noticias frescas: Nota informativa de la OMS COVID-19: consideraciones para la atención de la TB	7
Noticias frescas: Estudio de la <i>International Epidemiological Association:</i> Mortalidad susceptible de atención médica en Latinoamérica	8
Reflexiones sobre la pandemia	9
Francisco Eduardo Marcos Consultor en Clínica Médica y Especialista en Terapia Intensiva. Exjefe de Terapia Intensiva en el Hospital Leónidas Lucero de Bahía Blanca. Argentina.	
La pandemia en el ámbito peruano Yolanda E. Rodríguez de Guzmán Docente Principal de la Universidad Nacional de Trujillo Docente Investigadora del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Coordinadora Nacional de la Red Naciona de Enfermería en Salud Infantil. Perú.	
l Jornada Iberoamericana de Actualización COVID-19 y Tuberculosis (19-20 y 21 de octubre de 2021)	14
El binomio siniestro Cristina Gordillo Marroquín Estudiante de Doctorado en Ciencias del Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México.	15
Noticias frescas: Informe del Fondo Mundial de lucha contra el sida, tuberculosis y la malaria	18
Un caballero en tiempos de pandemia Rafael Camero del Vechio Escritor y médico pediatra. Máster en Inmunología Clínica y en Marketing Farmacéutico. Costa Rica.	19

Libro Memorias de la COVID-19. Relatos de la Fase 1

Consejo editorial de Pandemia en las Américas

**Entidades de la Red TBS-Stop Epidemias** 

21

22 24

#### Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias



DE COLEGIOS OFICIALES
DE MÉDICOS







#### Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias



Agència de Salut Pública





































acta sanitaria 🗰















I F TEÓFILO HERNANDO



















Universidad Autónoma de Madrid

















#### Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias





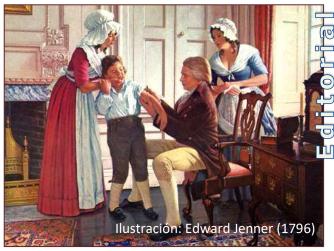




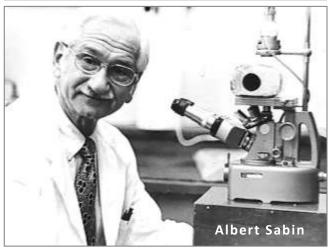














El virus de la influenza tuvo como primeros investigadores a Thomas Francis y a Frank Macfarlane Burnet y la primera vacuna se obtuvo en 1945; dos años más tarde se determinó la importancia de los cambios estacionales en la composición del virus y precisaron que hay dos tipos principales de virus de la influenza (A y B) y múltiples cepas nuevas de virus diferentes cada año y por ello se modifica adaptándola a las principales cepas estacionales previstas.

Todas estas epidemias se erradicaron gracias a políticas mundiales de compromiso con la salud y el liderazgo de personas en las cuales primó el servicio a la humanidad. A falta de tecnología el conocimiento y el compromiso se hicieron lugar; baste precisar la reflexión de Jonas Salk refiriéndose a su negativa de patentar su vacuna: "No hay patente. ¿Podría usted patentar el sol?".

Por ello afirmamos que la vacuna de la COVID-19 es un hito histórico único y que se logró en menos de un año no solo por los grandes avances tecnológicos sino, también, por el compromiso activo de la OMS, gobiernos de diferentes estados y la industria farmacéutica. Miles de millones de euros de inversión (se estima en 10 000 millones) que algunos gobiernos aportaron para el desarrollo de una vacuna y como anticipos millonarios para la industria farmacéutica que hizo su mayor esfuerzo en investigación de la historia, además del desarrollo tecnológico necesario para la ampliar la capacidad de producción y poder alcanzar los miles de millones de dosis que el mundo necesita. Y todo ha funcionado perfectamente con el agregado de las disposiciones preventivas que intentaron controlar la pandemia imponiendo el uso de la mascarilla y el denominado "distanciamiento social". No obstante, se debe insistir sobre la necesidad de responsabilidad social y una distribución equitativa de recursos al servicio de la humanidad; que fue motor durante los momentos más duros de las sucesivas olas. Por ello no es justo ni asumible que los países ricos que son quienes principalmente han invertido en dinero y desarrollo de la vacuna, mantengan hoy una política de maximización de beneficios, tanto económicos como sanitarios. El 87 % de todas las vacunas fabricadas se han dispuesto en estos países, lo que a simple vista parece excesivo por no decir abusivo. Tanto que llegamos a lo absurdo cuando un continente entero al que nos une el Mediterráneo como es África solo recibió el 2 % de las dosis necesarias. Un verdadero desatino.

Sigue en página 4

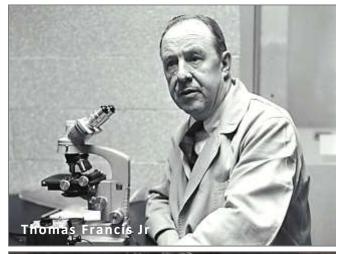


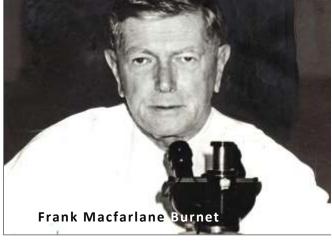
Parece ser que los 4500000 de fallecidos según los registros son pocos para ilustrar a quienes tienen en sus manos el poder de decisión y parecieran no entender que el mundo actual es interdependiente y que no hay fronteras eficaces de protección ante los virus. Y hoy, más que nunca, es necesario que prime el buen hacer, el criterio lógico que nos indica que solo erradicando este virus de manera global (como ha sucedido con anteriores epidemias) se podrá controlar la pandemia y estaremos tod@s a salvo. En un reciente artículo de la revista JAMA sobre el posible futuro epidémico se apunta a que depende tanto de las decisiones colectivas, las realidades locales y el hacer de los gobiernos. Exceptuando contados países como Israel o Nueva Zelanda, en Reino Unido, Estados Unidos, Suecia y China se están amoldando a la cohabitación. En cambio, la India, el sudeste asiático y Latinoamérica están inmersos en una crisis sanitaria sin precedentes. "Para revertir la suerte de las naciones en estado de conflagración resulta muy necesario aumentar la inmunidad de su población por medio de vacunas que sean capaces de neutralizar las nuevas variantes virales".

La capacidad de producción de vacunas ha aumentado lo suficiente como para abastecer a la población mundial en un plazo razonable. Para 7800 millones de habitantes es necesario aplicar poco más de los 12000 millones de dosis que tiene previsto fabricar la industria farmacéutica para este año. Cumplir con el plan COVAX que prevé un mínimo del 20 % de vacunas para las poblaciones que participan en el programa es un compromiso irrenunciable. A día de hoy estos países deberían haber recibido 650 millones de vacunas sobre las 2000 millones planificadas para el 2021 y apenas hemos entregado 160 millones. De nada sirven las advertencias de la OMS a los gobernantes de muchos países que priman el discurso nacional a la seguridad mundial y menos aún ayudan las pautas de la industria sobre la obtención del máximo beneficio en el menor plazo posible. Es necesario empatizar con la humanidad porque el planeta se ha quedado pequeño. "Nos enfrentamos a un problema moral cuando hay una gran parte de la población mundial sin vacunar", afirma el director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus. "Estamos todos en el mismo barco y tratar sólo una parte de las personas no ayudará a salir de la pandemia". Todo lo demás es hoy una gran irresponsabilidad sanitaria. Es morir de éxito.













#### Carta abierta a las Américas

¿Y el duelo qué? Virus, síntomas, infección, vacuna, internamiento, fallecimientos... Son numerosos los indicadores que permiten hacerse cargo del impacto de la pandemia en la humanidad. En el peor de los casos, parece que todo termina con el fallecimiento del paciente. Y lo cierto es que no es así. Por cada persona que fallece, al menos ocho permanecen muy afectadas, profundamente afectadas, radicalmente afectadas en su vida, por la pérdida y el duelo consiguiente.

El duelo es un proceso de adaptación, en principio normal, que empieza antes de que la pérdida se produzca —si no es súbita- con su fase de duelo anticipado. Le sigue la muerte y la dimensión de



socialización y de ritualización —laica o religiosa- y el trabajo que es necesario hacer en muchos niveles de la vida: económico, habitacional, emocional, espiritual, cognitivo... El duelo es una experiencia intensa, que afecta a toda la persona. Se puede complicar, de diferentes maneras y, en el peor de los casos, patologizar y ser letal. Afortunadamente vamos contando con diferentes modelos interpretativos en la cultura actual, sobre todo con el aporte de la psicología. También existe el riesgo de psicologizar el duelo, dejando de lado otros aspectos tanatológicos, de índole cultural, social, jurídico, espiritual. Afortunadamente también, van surgiendo Centros especializados en intervención en duelo complicado, como los Centros de Escucha diseminados por España, tras el modelo del primero surgido en Madrid en 1997, el Centro de Escucha San Camilo.

También es una fortuna contar con acciones formativas de diferente rango, desde encuentros de sensibilización hasta máster en intervención en duelo. Lo mismo sucede con la investigación y las publicaciones específicas en torno a los diferentes temas relacionados con este dolor por la ruptura de vínculos significativos, llamado duelo. Tenemos ante nosotros el reto de considerar el duelo también como un problema de salud comunitaria. No atender debidamente un duelo, desde las diferentes especialidades con las que los seres humanos nos ayudamos unos a otros, puede llevar a complicaciones evitables y, en todo caso, a sufrimientos que podrían haber sido ahorrados.

Hay una parte del duelo que es como la otra cara de la moneda del amor, o el precio que tenemos que pagar por vincularnos con las personas a las que amamos. Pero hay una parte muy importante del duelo que evoca un sufrimiento evitable. Tiene que ver con cómo pensamos, cómo gestionamos lo emocional, cómo significamos la muerte, qué grado de dramaticidad le atribuimos, cómo la narramos empoderadamente o victimizándonos... Aliviar el sufrimiento inevitable y acompañar en clave interventiva y preventiva el sufrimiento evitable, es un deber ético de profesionales de los profesionales de la salud. No hacerlo, abre espacio a una pandemia de sufrimiento cuya responsabilidad hay que asumirla, con todos sus precios.

Pero el duelo en tiempos de pandemia, tiene sus aspectos específicos. Es un duelo, a todas luces, de riesgo, que aumenta la posibilidad de complicación y eventual patologización. Las decisiones tomadas durante la pandemia –decisiones éticas en todo caso- han comportado un modo de morir con connotaciones no menores.





#### Carta abierta a las Américas

No pocas personas han saludado a sus seres queridos al ir al hospital y no les han visto nunca más, no les han abrazado, no se han despedido, no han honrado el vínculo en clave de despedida, de cierre, de dignificación mediante la presencia. Y esto tiene un precio que se paga, entre otras formas, con sentimientos de culpa y pensamientos rumiantes que aumentan el malestar y dan paso a las significaciones catastrofistas.

Pero nos hemos privado también de expresar y vivir la *pietas* humanizadora con la que comenzó la humanidad: los ritos fúnebres. Profanos o religiosos, los ritos permiten la expresión de la dimensión social de la muerte, refuerzan el apoyo comunitario, expresan la dimensión mistérica, honran la vida del difunto, permiten las narraciones de las hazañas y fomentan la posibilidad de dar un sentido al drama de la pérdida. La ausencia de ritos deshumaniza, genera un vacío que aumenta la vulnerabilidad al duelo complicado.

Con ocasión, sobre todo de los primeros meses de la COVID-19, la humanidad entera ha potenciado algo que ya tenía entre las costumbres: la digitalización de la relación. Ahora también para crear asambleas digitales, tumbas digitales, tanatorios digitales, libros de visita y flores digitales, corporalización digital del ser querido fallecido mediante imágenes que idealizan al difunto y son patrimonio del doliente.

El mundo de las redes sociales tiene una serie de implicaciones con el duelo, superiores a lo que pueda parecer a primera vista. Compartimos imágenes, no sabemos qué hacer con el legado digital del fallecido —si no hizo testamento digital-, construimos medios para socializar en la red el fallecimiento, se mantienen cuentas abiertas como si fueran de vivos, algunas redes abren espacios memoriales para separar vivos y difuntos, nos ofrecen entrar en relación con seres reconstruidos ("resucitados digitalmente") a partir del rastro digital, nos invitan a chatear o wasapear con los difuntos digitalmente activados, a tener encuentros sensoriales con hologramas de nuestros seres queridos... Todo un mundo de posibilidades que pueden resultar atractivas a primera vista, pero que pueden impedir el trabajo propio del duelo: la aceptación de la muerte y de la irreversibilidad de la pérdida. Sea como sea, con más apoyo digital o menos, la pandemia ha puesto sobre la mesa la consideración del duelo y su importancia personal, social, universal.

Si la humanidad empezó con los ritos fúnebres y el dinamismo de la esperanza nos acompaña a lo largo de los siglos, toca hoy preguntarse cómo rescatar, actualizados a nuestra cultura y sensibilidad, las claves que este mundo de ritos contenía, sin ingenuidad ni espejismos ante lo digital. Porque el corazón humano, sigue latiendo al ritmo del sufrir, sigue necesitando hacer un trabajo ingente, dolorosísimo, de zurcir los rotos que se producen con ocasión de la pérdida. La mente sigue necesitando invertir mucha energía en la aceptación de todo lo que implica la muerte de un ser querido. El mundo relacional ha de reconstruirse a golpe de esfuerzo, reinventarse, de integración del sufrimiento. No hay fármaco suficiente que anule la necesidad de desahogo, de consuelo, de reconstrucción de los escombros que la pérdida produce.

Nada humano me es ajeno, decía Terencio. También para los expertos en pandemia, para los profesionales de la salud, para los expertos en duelo, la experiencia se ha de vivir. No hay vacuna contra el duelo. Vincularse tiene un precio. Amarse tiene también la cara del sufrir en la pérdida. Han de ser bienvenidas las iniciativas que aquí y allá, en un lado y en el otro del Atlántico, en un continente u otro, se emprendan para compensar lo que, con ocasión de la pandemia, también hemos perdido. Es un duelo en el duelo, o un conjunto de pérdidas asociadas al modo de vivir el duelo, con su potencial desafiante para humanizar la vida humana.

José Carlos Bermejo
Director del Centro de Humanización de la Salud San Camilo
www.josecarlosbermejo.es







#### Nota informativa de la OMS COVID-19: consideraciones para la atención de la TB 5 de mayo de 2021



A medida que el mundo continúa abordando la pandemia de COVID-19, es importante garantizar que los servicios y operaciones esenciales para hacer frente a los problemas de salud de larga data continúen protegiendo las vidas de las personas con tuberculosis y otras enfermedades o afecciones de salud. Los servicios de salud, incluidos los programas nacionales de lucha deben participar activamente para garantizar una respuesta eficaz y rápida a la COVID-19, garantizando al mismo tiempo que se mantengan los servicios de TB. El trabajo de modelización realizado en 2020 sugirió que si la pandemia de la COVID-19 condujo a una reducción global del 25 % en la detección esperada de TB durante 6 meses, entonces podríamos esperar un aumento del 26 % en las muertes por TB, lo que nos devuelve a los niveles de mortalidad por tuberculosis que teníamos en 2012. Los datos recopilados por la OMS desde el inicio de la pandemia mostraron reducciones sustanciales en la notificación de la tuberculosis sostenida durante meses sucesivos en 2020 y, en muchos países con alta carga de tuberculosis como, así como las medidas para responder a la pandemia.

Millones de personas menos recibieron atención de tuberculosis en 2020 comparado con 2019: fue de una reducción del 21 % con respecto al año anterior. Dado que muchos pacientes con tuberculosis no pueden acceder a la atención, la OMS estima que medio millón de personas más pueden haber fallecido por tuberculosis como resultado de este déficit de atención. Esto respalda los hallazgos de modelos anteriores en 2020 que estimaron que entre 2020 y 2025 se podrían esperar 1,4 millones de muertes adicionales por TB como consecuencia directa de la pandemia de la COVID-19.

Es probable que estas sean estimaciones conservadoras, ya que no tienen en cuenta otros posibles impactos de la pandemia en la transmisión de la tuberculosis, las interrupciones del tratamiento y la vacunación con bacilo de Calmette-Guérin (BCG), el impacto en las comorbilidades y los resultados más pobres en las personas con tuberculosis y también con infección por la COVID-19. La Organización Mundial de la Salud (OMS) está asesorando a los Estados Miembros que están liderando la respuesta a la pandemia de la COVID-19 que se está desarrollando a nivel mundial.

El Programa Mundial de la OMS contra la Tuberculosis, junto con las oficinas regionales y los países integrantes, ha elaborado una nota informativa, en colaboración con las partes interesadas. Esta nota tiene por objeto ayudar a los programas nacionales de tuberculosis y al personal de salud a mantener urgentemente la continuidad de los servicios esenciales para las personas afectadas por la tuberculosis durante la pandemia de COVID-19, impulsados por enfoques innovadores centrados en las personas, así como a maximizar el apoyo conjunto para hacer frente a ambas enfermedades.

Es importante que los avances logrados en la prevención y atención de la tuberculosis no se reviertan con la pandemia de COVID19. Encontrar y tratar a las personas con tuberculosis sigue siendo el pilar fundamental de la prevención y la atención de la TB y requiere una atención mantenida. Esta nota informativa está destinada principalmente a los trabajadores de la salud y los responsables de la formulación de políticas que participan en el tratamiento de las personas con tuberculosis y la gestión de los servicios de TB durante la pandemia de la COVID-19. Se basa en cuestiones que a menudo surgen en el curso de los esfuerzos continuos para prevenir y cuidar la tuberculosis. Se actualizará a medida que surjan nuevas pruebas.

El documento está disponible en el sitio web del Programa Mundial de tuberculosis de la OMS









#### Estudio de la International Epidemiological Association



Mortalidad susceptible de atención médica en Latinoamérica

2 de agosto de 2021

Un estudio que acaba de publicar la *International Epidemiological Association (IEA)*, en el *International Journal* of *Epidemiology*, analiza la mortalidad susceptible de atención médica en ciudades latinoamericanas: un estudio transversal que examina la variación entre países en la mortalidad susceptible y el papel de las métricas urbanas. Se examinó la variación en la mortalidad accesible a nivel de ciudad, es decir, la mortalidad debido a condiciones que pueden mitigarse en presencia de atención médica oportuna y efectiva en ciudades y midió las asociaciones entre las tasas de mortalidad prematura evitable y su correlación con las métricas de las ciudades. Se analizaron los registros de defunción en 363 ciudades con poblaciones de más de 100 000 habitantes en nueve países de América Latina. Se calcularon las tasas de mortalidad por edad y ajustadas en modelos de ciudades lineales y multinivel dentro de los países y se estimaron las asociaciones entre la mortalidad útil y las métricas urbanas y el crecimiento de su población, la fragmentación del desarrollo urbano y el estatus socioeconómico.

Las ciudades de México, Colombia y Brasil tuvieron las tasas más altas de mortalidad medible. Más del 70 % de la variabilidad en la mortalidad se debió a la heterogeneidad entre países, pero para la mortalidad prevenible, aquellas para las cuales el sistema de salud puede evitar nuevos casos, ocurrió entre las ciudades de cada país. El tamaño de la población y la fragmentación del desarrollo urbano se asociaron con una mayor mortalidad. En cambio, una mayor fragmentación del desarrollo urbano se asoció con una menor mortalidad en las ciudades pequeñas y una mayor mortalidad en las grandes ciudades. La mayor parte de la variabilidad en la mortalidad en las ciudades latinoamericanas se debió a la heterogeneidad, sin embargo, las métricas urbanas, como el tamaño y el crecimiento de la población, la fragmentación del desarrollo urbano y el estatus socioeconómico a nivel de ciudad afectan y tienen un papel en la distribución de la mortalidad dentro de los países.

Las muertes susceptibles de atención médica son las muertes atribuidas a afecciones que pueden mitigarse en presencia de una atención médica oportuna, como por ejemplo las muertes debidas a cardiopatías isquémicas y tuberculosis entre las personas de más de 74 años y las debidas a la diabetes entre las personas de más de 49 años. En los últimos treinta años los países latinoamericanos han ampliado en gran medida la cobertura de atención médica para sus ciudadanos. Algunos, como Brasil y Costa Rica han creado sistemas de salud universal financiados con impuestos donde los servicios de salud están disponibles para todos los residentes. Otros países como Argentina, Chile, México y Perú, han ampliado su cobertura de salud subsidiando el seguro de salud para los más vulnerables y no asegurados, reuniendo los fondos de las contribuciones de los trabajadores y de los impuestos generales; como resultado los países de la región han mejorado una parte de la cobertura sanitaria.

A pesar de estos avances, los problemas relacionados con la calidad de la atención recibida y la coordinación de la atención para las personas con enfermedades crónicas siguen siendo barreras importantes para mejorar la salud de la población. En los países con los ingresos más bajos y en los medios, una proporción creciente de la población vive en áreas urbanas y las características del entorno construido en estas ciudades pueden ser determinantes para el acceso a una atención médica. Las grandes ciudades concentran una parte significativa de los recursos de salud, desde la infraestructura hasta el capital humano y un desarrollo urbano discontinuo y disperso se asocia con aumentos en el costo de los servicios públicos, la congestión del tráfico y la contaminación del aire. Por ejemplo, la fragmentación del desarrollo urbano puede limitar el acceso entre las poblaciones que viven en las zonas periféricas de los grandes centros urbanos, lo que reduce los beneficios de vivir en una gran ciudad con una disponibilidad relativa de servicios, pero que se distribuyen de manera desigual. Por otra parte, el rápido crecimiento de la población podría dar lugar a un aumento de la demanda de servicios que el sistema sanitario no está preparado para prestar.

El documento está disponible en el sitio web de la International Epidemiological Association (IEA)





#### Francisco Eduardo Marcos

Consultor en Clínica Médica y Especialista en Terapia Intensiva. Exjefe de Terapia Intensiva en el Hospital Leónidas Lucero de Bahía Blanca. Provincia de Buenos Aires. Argentina

"Qué tiempos éstos, vemos cómo se invierte el orden de las cosas, un símbolo que casi siempre fue de muerte se convierte en señal de vida. Hay manos capaces de eso y de mayores prodigios, dijo el médico... La necesidad puede mucho, querido, dijo la mujer..." José Saramago, "Ensayo sobre la ceguera".

Quienes habíamos vivido en América la pandemia de la gripe "A" del año 2009, cometimos el error de pensar que no se repetiría. Y probablemente, sea una de las razones por las que lo estamos pagando caro. Creímos que habíamos alcanzado una victoria definitiva y que no valía la pena realinearnos para lo mismo. Si tuviera que contar



## Reflexiones sobre la pandemia

las percepciones que he tenido del impacto de la pandemia de Covid-19 en nuestra sociedad debería relatar dos situaciones muy distintas entre el año pasado y éste.

En el año 2020 la sociedad aceptó con disciplina el confinamiento; los médicos, que estábamos muy temerosos, teníamos una clara sintonía con las decisiones políticas, contábamos con un gran respaldo y consenso en la sociedad y cumplíamos rigurosamente las normas emitidas por las Sociedades de Infectología. Simultáneamente, los miembros de las distintas sociedades científicas involucradas comenzamos a intercambiar información acerca de la COVID-19 con una entrega y generosidad que yo en cuarenta años de profesión nunca había visto.

Este año, las cosas cambiaron; por un lado, las urgencias económicas de nuestro país crearon una divergencia entre el pensamiento médico y las decisiones políticas, cuestión que, en mi modo de ver acentuó el avance de la pandemia. A la vez, las necesidades gregarias de la población llevaron a mucha gente a desoír nuestras recomendaciones por descreimiento o por fatiga. Ambas cosas se acentuaron ola tras ola de la pandemia. Sólo permaneció incólume la solidaridad entre los sanitarios que seguíamos unidos luchando en todos los escenarios, ayudándonos a internar pacientes, dándonos consejos e intercambiando febrilmente información.

Tengo 67 años, me he jubilado de mi actividad en Terapia Intensiva hace 5 años. Conservo, con más serenidad, mi actividad en el consultorio de Clínica Médica que me permite tiempo para mirar a los ojos, para escuchar con paciencia narraciones de pacientes más extensas que antes. He descubierto (no sé por qué no lo hice antes) que en nuestro consultorio hacemos los diagnósticos de ictus, de hipertensión, de asma, pero no diagnosticamos la soledad, no diagnosticamos la desconfianza y están presentes más veces de las que suponemos. Este contacto sin urgencias me ha permitido percibir el dolor de los enfermos graves con SARS-CoV-2, de los familiares de los fallecidos. He podido percibir el miedo como nunca antes, probablemente porque yo también lo siento.





Un contador, quien vino a informarme de la muerte de su esposa por COVID-19 me dijo: "Lo peor de esta pesadilla no es la muerte... la acompañé en una silla de ruedas hasta la puerta del hospital donde la recibieron los enfermeros... nunca pensé que no volvería a verla. Una noche, me despertó el teléfono... a través de él una médica me informó que había muerto. Mi próximo contacto con ella fue en el cementerio adonde fuimos con mi hijo a llevar flores... No hubo despedida..."

Esa sensación de temor de enfermar y de contagiar no se ha ido. Tampoco se ha ido la angustia de tener que internar un paciente grave sabiendo de antemano que no habrá sitio disponible y que el colega del otro lado del teléfono, en su trinchera hospitalaria, nos confirme que no hay ni habrá ni una cama ni una cánula de oxígeno para él. Recuerdo aún con angustia el llamado de la esposa de un paciente de 50 años, previamente sano, quien me llamó desesperada porque su esposo, en octavo día de la COVID-19 sentía falta de aire y la saturación de oxígeno no superaba el 85 %. Su seguro social, muy sólido, hubiera asegurado en otras épocas una internación inmediata en alguna institución de renombre. Nada de eso ocurrió, ni el seguro, ni la desesperación de la familia ni mis llamados a todos los hospitales de la ciudad consiguieron una cama. Me pregunté qué hacer... estaba seguro que moriría en su casa... sentí que debía ir a acompañarlo, aunque no pudiera hacer nada para ayudarlo... quise acordarme de una situación médica tan angustiosa como ésta y no pude.

Las instituciones públicas, abrumadas, dejaron de dar respuesta a los requerimientos de enfermos que desde sus hogares reclamaban seguimiento. Esta tarea recayó en los médicos de cabecera. En consecuencia, se originaron pacientes hipercomunicados, angustiados, desesperados por obtener información mañana, tarde y noche. Y para los médicos desaparecieron las barreras de los fines de semana o los feriados y nos descubrimos de guardia con nuestro móvil las veinticuatro horas del día los siete días de la semana. Pude observar, con sorpresa, que en ningún momento el comportamiento de las personas guardó relación con el nivel sociocultural; había supuesto que un menor nivel de instrucción o un menguado ingreso económico podía incidir en un menor acatamiento o comprensión de las normas. Sin embargo, en todos los casos, los valores personales, han sido los vectores que han direccionado las conductas en todos los estratos sociales. Mientras muchas personas aplaudían con gratitud desde los balcones al personal de salud, otros colgaban notas en las puertas de sus vecinos médicos o enfermeros exigiendo que abandonaran el edificio porque podían ser portadores del virus. Mientras muchas personas cumplían con paciencia infinita y en gran soledad el aislamiento, otros (después de haber desoído las recomendaciones sin ninguna responsabilidad) ante el contagio propio o de algún ser querido se volvían los más exigentes y despiadados con el personal de salud.

Estudié en una universidad pública por lo que mi formación médica fue gratuita; también mi residencia en Clínica Médica fue costeada por los impuestos ciudadanos; no hubiera sido justo evadir esta lucha. Siento la obligación de protagonizarla, no ya desde las barricadas hospitalarias, pero sí desde la respuesta a cada llamado. Sí, desde la obligación ética de leer ávidamente hasta el último artículo posible y desde el esfuerzo de compartir con los colegas jóvenes toda la información y todo el consuelo. Creo que podemos influir en nuestro futuro si este azote nos permite reconocer que, pese a todos los avances, la humanidad sigue siendo frágil, vulnerable, a veces destructiva y egoísta... Y que sólo la entrega generosa, la compasión y el altruismo pueden salvarnos. Como dice Antonio Porchia en *Voces:* "Herir al corazón es crearlo", tal vez ésta sea una oportunidad de aprendizaje para la raza humana.







#### Yolanda E. Rodríguez de Guzmán

Docente Principal de la Universidad Nacional de Trujillo. Docente Investigadora del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Coordinadora Nacional de la Red Nacional de Enfermería en Salud Infantil. Perú

La enfermedad por coronavirus (COVID-19) ha sido declarada una emergencia de salud pública, catalogada como pandemia, debido a su rápida extensión en países y territorios ubicados en los cinco continentes. Inicialmente, las personas de más de 60 años y/o con padecimientos de base fueron definidas como grupos de riesgo y se les asoció a la más alta mortalidad por coronavirus. Sin embargo, al tratarse de un evento novedoso, con el curso de los días se va aprendiendo cada vez más sobre sus características y comportamiento. De ahí, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha sido enfática al señalar que los niños, niñas y adolescentes y otros grupos de edad sí corren riesgo ante el coronavirus, por lo que han alertado acerca de su cuidado y protección.



La pandemia en el ámbito peruano

El Perú cuenta con una población de 32 625 948 de habitantes (INEI,2020). Hasta el momento, según el Ministerio de Salud (12 agosto 2021), hay 197 027 personas fallecidas por coronavirus, 2 125 848 casos. La tasa de letalidad (fallecidos respecto a confirmados) es del 9.27%.

El Perú ha sido categóricamente uno de los países más afectados en el mundo por la COVID-19, tanto en pérdidas de vidas como en resultados económicos. Esta situación de fracaso de la respuesta nacional ante la propagación del virus se podría deber probablemente al menor desarrollo económico, mala calidad del sistema de salud, altos niveles de corrupción, alta proporción de trabajadores informales, además de las políticas de reacción implementadas que fueron poco efectivas o incluso hasta contraproducentes.

El Perú viene atravesando por una grave crisis sanitaria que incide principalmente en las/los profesionales de enfermería que están en la primera línea de acción, garantizando la defensa de la salud de la población; sin embargo, toda esta crisis marca una tensión en el trabajo diario del personal en especial de las enfermeras siendo las primeras víctimas de agotamiento laboral por la modalidad de trabajo ya que la profesional y el equipo de salud trabaja de manera continua las veinticuatro horas del día por la gran demanda de pacientes, las condiciones de trabajo, la falta de equipos de protección personal, y el miedo al contagio inminente. En el Perú han fallecido aproximadamente 150 enfermeras y se han infectado 7000 profesionales, según el Colegio de Enfermeros del Perú.

Actualmente las Enfermeras Peruanas, realizan la Campaña: *Pongo el hombro por el Perú*, que son jornadas de aplicación de la vacuna contra la COVID-19 durante 36 horas seguidas (*Vacunatón*), para acelerar el proceso de inmunización a personas de 40 a 49 años y terminar de aplicar las dosis necesarias a aquellos mayores de 50 años que por algún motivo no han recibido aún su vacuna; así como también iniciar la vacunación a los segmentos de grupos etarios menores de 40 años.



EL Ministerio de Salud refiere que, hasta el 10 de agosto del presente año, un total de 15 304 649 dosis se han aplicado en todo el país. Además, el ministro de Salud firmó una resolución ministerial, la N°924-2021/MINSA, que establece el 7 de febrero como el *Día Nacional de la Vacunación contra el COVID-19 en el Perú.* La fecha conmemora la llegada del primer lote de vacunas de Sinopharm al Perú, con lo que se pudo iniciar la protección de los peruanos ante la pandemia y con ello el país empezó a salir de los graves daños causados por la misma en nuestra población.

Desde el inicio de la pandemia hemos visto el papel relevante de las enfermeras en todas las Regiones del Perú. Es en la vacunación cuando podemos establecer de forma categórica que sin las profesionales del cuidado es totalmente imposible lograr el objetivo propuesto: de vacunar a toda la población peruana. Tenemos altísimas coberturas vacunales gracias al trabajo que hacen las enfermeras y enfermeros a este respecto, y por ello es seguro que conseguiremos excelentes resultados en la vacunación frente a la COVID-19. No hay duda que en la situación actual en la que nos encontramos, la profesión de enfermería está presente en la mente de todos los peruanos; que su contribución es vital para combatir el virus. Y son protagonistas en las noticias y en las redes sociales, destacando su papel esencial en la actual crisis sanitaria.

En medio de la pobreza, falta de equipos, de oxígeno, de camas UCI, que ha ocasionado alta mortalidad en el Perú, un grupo de enfermeras del *Hospital Regional Docente* de la ciudad de Trujillo de la Región La Libertad-Perú, y con la finalidad de paliar la falta de equipos de oxigenoterapia, tuvieron una gran iniciativa de como adaptar dispositivos respiratorios no invasivos los CPAP, para brindar presión positiva continua de la vía aérea y prevenir la alta mortalidad por esta causa.

"Todo lo que haga una enfermera y cree un impacto es para nuestra amada enfermería. Toda la enfermería debe estar orgullosa y más aún nuestra región, siempre estaremos en primera línea de combate contra el coronavirus con un protagonismo sin medida que nos mueve también los sentimientos, el humanismo, la ciencia y la tecnología. Sin la participación de tan importantes profesionales los hospitales se derrumbarían", manifestó la Mg. Yolanda Hoyos Álvarez, enfermera especialista en cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo e integrante del grupo de adaptación de los dispositivos respiratorios no invasivos.

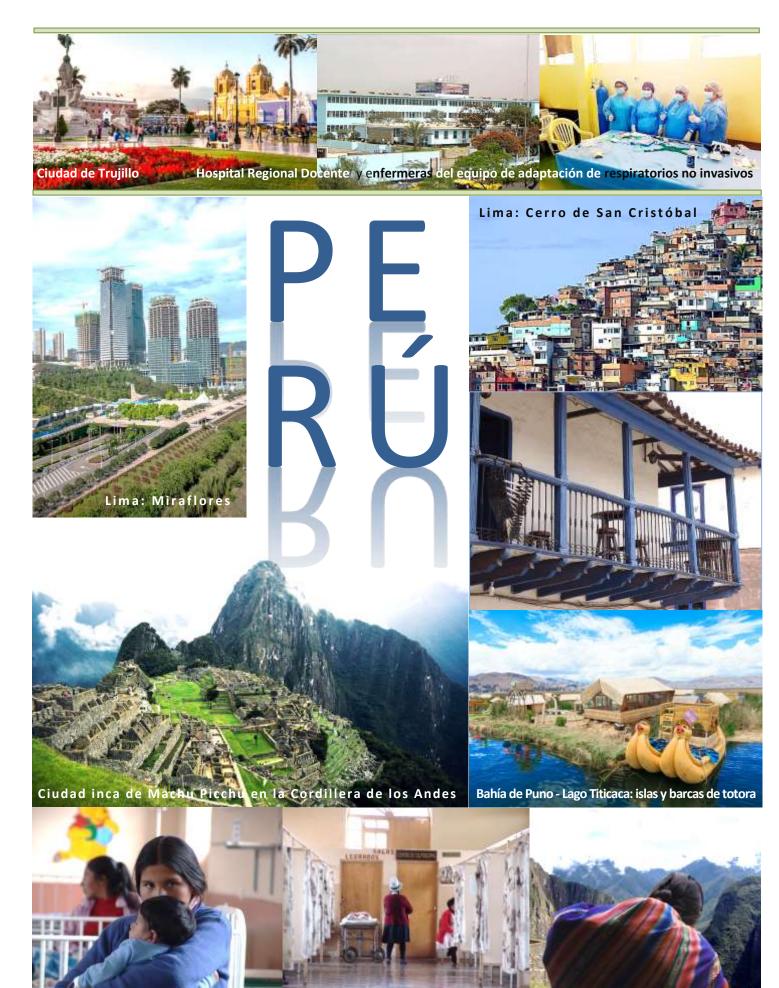
Así mismo las enfermeras del mencionado hospital han diseñado áreas de cuidado, actualmente dentro de emergencia, cuentan con la unidad de ventilación no invasiva (VNI), también creación del protocolo de colocación y retiro de EPP, los mismos que han dado vuelta en los hospitales de la capital de Perú. Cuentan con un sistema en línea con relación de pacientes, con grado de dependencia, indicadores, dispositivos de uso... creados por enfermeras, todo con el esfuerzo de todas.

Desde el primer día de pandemia las Enfermeras capacitaron las veinticuatro horas del día porque el cincuenta por ciento del personal no tenía mucha experiencia. Se ha acondicionado una Unidad de Simulación con un maniquí, con catéteres, líneas de infusión y un ventilador mecánico en donde se capacitan las enfermeras, médicos, técnicos de enfermería y virtualmente al personal de otras regiones del Perú. Esta es parte de la historia que se está haciendo interminable.

Nos encontramos en el año del bicentenario de la Independencia del Perú y la historia pone a prueba a las enfermeras y enfermeros en un contexto de pandemia ocasionada por la COVID-19. Todo el colectivo profesional es hoy reconocido como héroes y heroínas en el combate contra la pandemia. Y se está logrando gracias al profesionalismo, humanismo, cientificidad, tecnología e innovación de las profesionales de la enfermería peruana.











# JORNADA IBEROAMERICANA de ACTUALIZACIÓN COVID-19 Tuberculosis



19, 20 y 21 de octubre de 2021

de 17:00 h. a 19:00 h. (Hora peninsular de España)

Inscripciones: redtbsstopepidemias@gmail.com

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad NewsletterRedTBSinforma n° 53 - Memorias de la COVID-19 n° 23 Edición de La Pandemia en las Américas - 10 de septiembre de 2021 La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo Webs: www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org

Fotografías: Depositphotos, Freepik, Alamy y agencias / ISSN: 2660-7263 Contacto: redtbs@redtbs.org - redtbsstopepidemias@gmail.com







#### Cristina Gordillo Marroquín

Estudiante de Doctorado en Ciencias del Colegio de la Frontera Sur. San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. México

La Tuberculosis (TB) es una epidemia que, aún cuando aqueja a la humanidad desde hace cientos de años, en nuestros días gran parte de la población piensa que es una enfermedad que ya no existe, que ya se terminó. No obstante, cada año provoca alrededor de 10 millones de casos nuevos y 1.4 millones de defunciones (de acuerdo con las estimaciones de la Organización Mundial de La Salud en 2019)<sup>1</sup>.

Cuando comencé el posgrado -aún con licenciatura en biología- he de decir que yo también desconocía la TB, pensé, como muchos, que ya había sido una enfermedad del pasado. Lamentablemente, no podría haber estado más equivocada ante un



#### El binomio siniestro

problema de salud pública que lejos de ser minúsculo, era considerada como la enfermedad infecciosa que más muertes ha causado en el mundo por un solo agente infeccioso, lo que, en ese sentido, lleva a las siguientes preguntas ¿Por qué no escuchamos de la TB en nuestro día a día tal como lo hacemos con otras enfermedades infecciosas? ¿El verdadero problema de que la TB no sea ostensible es acaso la falta de atención sobre la estigmatización y la determinación social de la salud relacionadas con ella? ¿Qué podemos hacer todas y todos para visibilizar y frenar la TB?

Los avances truncados. A un par de años de haber puesto sobre la mesa el tema de la Tuberculosis en la Asamblea General de las Naciones Unidas e iniciando la organización y toma de fuerza activa en el plan de lucha contra la TB para reducir los casos, la muerte y los gastos catastróficos para las familias a consecuencia de esta compleja enfermedad, surge una patología de grave y de mortalidad inminente, la COVID-19. Con una estimación de más de 220 millones de casos y 4.5 millones de defunciones (de acuerdo con las estadísticas sanitarias mundiales de la ONU del 2021)<sup>1</sup>, la COVID-19 se convierte en la enfermedad infecciosa que más muertes provoca, reduciendo aún más a nivel mundial el interés por la tuberculosis y con el retroceso inconmensurable de los objetivos planteados en las estrategias previas para su control.

Tanto la TB como la COVID-19 son enfermedades transmitidas por vía aérea a través de gotitas en aire con bacterias de *Mycobacterium tuberculosis* (en TB) o el virus de SARS-CoV-2 (en COVID-19). Ambas se caracterizan por signos y síntomas relacionados principalmente con el sistema respiratorio (tos con o sin expectoración, dificultad respiratoria, dolores de pecho o corporales, escalofríos o fiebre, entre otros), aunque en el caso de la COVID-19 le suma interés el hecho de que puede ser una infección asintomática sin restarle trasmisibilidad.

Ambas patologías pueden ser diagnosticadas de forma rápida, aunque en algunos entornos no todas las pruebas rápidas se encuentran disponibles y el diagnóstico diferencial con síntomas similares se ha vuelto un reto. Los laboratorios que han podido incorporar la tecnología GeneXpert para el diagnóstico

Sigue en página 16





de tuberculosis (basado en un equipo automatizado de biología molecular), como lo hace el Laboratorio Estatal de Salud Pública de México, y laboratorios autorizados terceros, que tendrán la oportunidad de obtener cartuchos que hagan frente a la respuesta diagnóstica de COVID-19 (XperXpress SARS-CoV-2)¹. Sin embargo, esto pone en riesgo el óptimo diagnóstico molecular de TB, fundamentalmente en la entrega de resultados, debido a que ambas enfermedades ocuparían la misma plataforma y, dada la emergencia sanitaria, el diagnóstico podría orientarse en gran medida a la aumentada demanda de uso del equipo GeneXpert para muestras COVID-19. En el caso de TB, otras tecnologías están siendo evaluadas para mejorar su diagnóstico, tal es el caso del Ensayo Colorimétrico Basado en Nanopartículas (NCBA, por sus siglas en inglés) que, además de no requerir infraestructura compleja, es rápida, sensible y accesible, lo que esperamos sea favorable para el diagnóstico de la TB en el punto de atención en un futuro cercano.

A pesar de que saber sobre la positividad de TB y COVID-19 por separado es útil para el seguimiento de los casos y el posible tratamiento, no lo es cuando se quiere abordar la comorbilidad por TB y COVID-19. Para ello es necesario tener el diagnóstico completo sobre COVID-19 y TB en el que se incluyan evidencias imagenológicas de alteraciones pulmonares, información clínica e inmunológica, consideraciones que son las mínimas indispensables para comprender mejor la interacción entre las infecciones.

Hasta la fecha se sigue estudiando la base del mecanismo inmunológico desencadenado por TB y COVID-19 de forma simultánea. De acuerdo con la evidencia preliminar se ha encontrado una desregulación compartida de las respuestas inmunes que sugieren un riesgo doble en la comorbilidad. Por un lado, la TB promueve la gravedad de la infección por COVID-19 y, por otro, la COVID-19 podría favorecer progresión de la enfermedad activa de TB<sup>1</sup>.

El riesgo estimado de recuperación en los pacientes con COVID-19 que tienen TB puede ser de hasta un 25 % menos en comparación a quienes no padecen la comorbilidad y, de haber recuperación, suele ser por un periodo significativamente más largo. En el mismo contexto y lamentablemente, el tiempo hasta la muerte puede ser significativamente más corto. Hasta ahora la información sobre el riesgo de mortalidad por TB en pacientes con COVID-19 no es clara, pero dentro de la evidencia disponible se sabe que existe al menos entre 1.4 y 2.7 veces un mayor riesgo de muerte, durante la comorbilidad¹.

Aunado a lo antes mencionado, también se analizan con meticulosidad los posibles efectos que tienen los medicamentos administrados para reducir la carga viral y aliviar los síntomas durante la COVID-19 en la interacción con los medicamentos anti-TB, ya que algunos de ellos, principalmente los corticosteroides, pueden causar inmunosupresión, además de tener un papel antiinflamatorio<sup>1</sup>. Estos cambios en las personas afectadas podrían implicar un riesgo importante de adquirir nuevas infecciones o de sufrir la reactivación de infecciones existentes como lo es la infección por TB asintomática y no trasmisible (TB-latente), por lo que, diagnosticar la TB-latente también debería ser una prioridad, principalmente en quienes se ha detectado COVID-19.

La toxicidad farmacológica entre el tratamiento para COVID-19 y los anti-TB, también están siendo cuestionados y analizados. El obtener evidencia para la implementación de antivirales o fármacos eficaces será de gran utilidad para reducir la mortalidad no solamente por COVID-19 *per se*, sino para la complejidad que implica la comorbilidad por TB.

En la actualidad se continúa acumulando pruebas sustanciales sobre la interacción entra la TB y el COVID-19, sin embargo, debido a que ambas patologías son infecciones del tracto respiratorio, a que en ocasiones su sintomatología es similar y a los posibles efectos biológicos que tienen entre ellas, la coinfección por estas enfermedades plantea dilemas clínicos y desafíos diagnósticos y terapéuticos que las vuelven un binomio siniestro para quién las porta y atiende.





Esta nueva pandemia por la COVID-19 puso de manifiesto las carencias sanitarias que tenemos, así como la necesidad de reconstruir sistemas de salud resilientes, de calidad, accesibles y con personal sanitario capacitado, sensibilizado y con la infraestructura suficiente para afrontar ambas pandemias (TB y COVID-19), así como otros padecimientos que por el momento su atención ha quedado rezagada. De igual manera, es indispensable crear conciencia pública y mayores mecanismos de cooperación. Uno de los aspectos positivos que deberíamos aprender durante el surgimiento de la pandemia de la COVID-19, es el de unir y potenciar fuerzas para que, al menos estos dos padecimientos de transmisión aérea de gran letalidad entre la población, se controlen con eficacia.

- <sup>1</sup> Global Tuberculosis Report 2020
- <sup>2</sup> Información Oficial de las Naciones Unidas. #COVID19 Actualización al 6 de septiembre de 2021
- Nuevo XperXpress SARS-CoV-2
- Dylan Sheerin, Abhimanyu, Xutao Wang, W Evan Johnson, Anna Coussens. 2020. Systematic evaluation of transcriptomic disease risk and diagnostic biomarker overlap between COVID-19 and tuberculosis: a patient-level meta-analysis, DOI:10.1101/2020.11.25.20236646
- <sup>1</sup> Karla Therese L. Sy, Nel Jason L. Haw, Jhanna Uy. 2020. Previous and active tuberculosis increases risk of death and prolongs recovery in patients with COVID-19, Infectious Diseases, 52:12, 902-907, DOI: 10.1080/23744235.2020.1806353
- Gopalaswamy R, Subbian S. Corticosteroids for COVID-19 Therapy: Potential Implications on Tuberculosis. Int J Mol Sci. 2021;22(7):3773, DOI:10.3390/ijms22073773









#### Informe del Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria



7 de septiembre de 2021

La COVID-19 tuvo un **"impacto devastador"** en la lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria en 2020, según el informe del Fondo Mundial de Lucha Contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, en el día de hoy.

Por primera vez desde su creación en 2002, el Fondo Mundial dio cuenta de un retroceso en la prevención y tratamiento de esos males y mostró especial preocupación por la caída en las pruebas del virus VIH, causante del sida, y los tratamientos de tuberculosis. El Fondo Mundial con sede en Ginebra es una alianza de gobiernos, sociedad civil y socios del sector privado como Bill Gates, Melinda Gates, Kofi Annan, Jeffrey Sachs, Amir Attaranque... que invierten más de tres mil quinientos millones de euros por año para combatir la tuberculosis, la malaria y el SIDA.

Su director general, Peter Sands, afirmó que lo más dramático de la actual situación es que en los países más pobres del mundo, el exceso de muertes por VIH Sida y tuberculosis "podría incluso superar al del propio coronavirus". El Fondo Mundial constató que la cantidad de personas tratadas por tuberculosis resistente a los medicamentos en los países donde opera se redujo en un 19 % y que se produjo una disminución del 11 % en los programas y servicios de prevención del VIH. Sands agregó que "esencialmente, alrededor de un millón de personas menos fueron tratadas por tuberculosis en 2020 que en 2019 y, me temo, que eso significará inevitablemente que cientos de miles de personas morirán". En los países donde invierte el Fondo Mundial, 4,7 millones de personas fueron atendidas por tuberculosis en 2020.

Sands dijo, también, que los servicios "se vieron afectados por los bloqueos de la COVID-19", mientras que las clínicas, el personal y los diagnósticos que se usan para la tuberculosis se implementaron para la pandemia en países como la India y en toda África. Vaticinó que "esperaba más interrupciones este año debido a la variante Delta" y "subraya la necesidad de analizar el impacto total del COVID-19 y medir el éxito en la lucha contra él no solo por la reducción de las muertes por la COVID-19 en sí, sino por el impacto que genera".

El informe señala que respecto al número de personas que reciben terapia antirretroviral para el VIH, éste subió un 8,8 %, "pese a la COVID-19". Por otra parte, las intervenciones para combatir la malaria "parecen haber sido menos afectadas que las otras dos enfermedades", se apunta en el informe. También se precisa que el número de redes distribuidas contra mosquitos que transmiten la enfermedad subió un 17 %. No obstante, hay lugar para aspectos positivos respecto a 2020, como es "la rápida y decidida respuesta a la COVID-19 impidió un resultado aún peor". Según el organismo mundial, desde su creación en 2002 ha salvado 44 millones de vidas y el número de muertes causadas por sida, tuberculosis o malaria decreció en 46 % en los países donde invierte sus fondos. "Juntos hemos conseguido cambiar la trayectoria del VIH, la tuberculosis y la malaria, y estamos decididos a seguir haciéndolo. Si continuamos innovando y colaborando, a nivel mundial, nacional y local, podemos erradicar el VIH, la tuberculosis y la malaria, derrotar a la COVID-19 y construir unos cimientos mucho más sólidos para prepararnos y responder a las pandemias", concluye el informe.







#### Rafael Camero del Vechio

Escritor y médico pediatra Máster en Inmunología Clínica y en Marketing Farmacéutico. Costa Rica

Cuando me pidieron que escribiera algo sobre la pandemia que lleva casi dos años afectándonos, pensé en escribir un artículo científico como pediatra e inmunólogo que soy, pero luego me di cuenta que sería interesante darle un enfoque distinto a todo esto. Durante el año 2020, aquí en Costa Rica y me parece que en muchas partes del mundo estuvimos un buen tiempo encerrados en casa por recomendaciones de los entes de salud, con temor a lo que pudiera ocurrir y preocupación por nuestros familiares. Los que para el momento trabajábamos por nuestra cuenta como mi esposa y yo, ella trabajando en el hospital en su especialidad



### Un caballero en tiempos de pandemia

y yo preparando conferencias y escribiendo, fuimos afectados al igual que muchos por la reducción de nuestros ingresos. Tal vez eso ha mejorado con el tiempo, lo cierto es que prefiero hablar de la alegría que hemos tenido como padres, compartiendo más tiempo con nuestras hijas y como familia. Tuve además la oportunidad de cumplir un sueño, escribir dos libros *Un Caballero en desgracia* de ficción histórica que resalta los valores y *Cuentos para pequeñas damas y caballeros en formación*, un libro de cuentos para entender más en profundidad los valores de una forma divertida y amena. Pero como ocurre en pandemia por más que uno se cuide, por más que uno tenga la vacuna se corre el riesgo de ser afectado por el famoso coronavirus. Es importante hacer entender a las personas que las vacunas en mayor o menor grado no protegen completamente en contra de la infección, lo que hacen es reducir el riesgo de enfermedad severa y más importante de hospitalización o muerte. Todo esto lo vemos en los datos de estudios clínicos y en los datos estadísticos de los pacientes hospitalizados y en unidades de terapia intensiva.

Y al fin el día llegó, a pesar de cuidarme y de tener la primera dosis de la vacuna, un día comencé con síntomas de rinitis alérgica con tos seca y algo de congestión nasal, al día siguiente la tos era mayor y comencé a sentir malestar general, en conclusión, me hice la prueba de PCR, la que resultó positiva. Aquí viene lo importante del apoyo del núcleo familiar y poder mantener comunicación con el exterior, aunque uno esté aislado en casa. Durante esos 10 primeros días en los que uno sabe que puede complicarse en cualquier momento, el nivel de preocupación y la sensación de fatiga a veces no te deja ni dormir con tranquilidad. Al tercer día fue como si bajaran un interruptor en mi sentido del gusto y del olfato, llegaron la famosa anosmia y ageusia, aunque fue parcial recuerdo que un plato de pasta que me había comido al mediodía y me sabia excelente. De pronto en la noche era como si estuviera comiendo plástico, sin sabor. Por otro lado, no percibía el olor de ese cafecito que uno toma en la mañana, era como si tomara una taza de agua caliente. Eso me duró (por suerte) hasta el día 9, ya que el día 10, en hora de la mañana, me fui a hacer un café y por primera vez percibí ese olor exquisito de nuevo; para mí fue una gran alegría. Por otra parte, el medir tu saturación de oxígeno diariamente y ver que permanece normal es un alivio indescriptible, nunca tuve fiebre y ahora ya después de más de 1 mes puedo decir que me siento muy bien.





Tengo que decir siendo venezolano-costarricense, que en mi experiencia personal, la manera en la que el ministerio de salud de aquí en Costa Rica envía información al salirte la prueba positiva es muy organizada. Recibí la orden sanitaria y mi familia por ser contactos también por lo que permanecimos 10 días aislados; gracias a Dios las niñas y mi esposa no presentaron síntomas en ningún momento. Durante ese período recibimos llamadas de seguimiento de parte del ministerio de salud y de la caja del seguro social, por otra parte, el apoyo de los colegios quienes nos preguntaron acerca de la salud de las niñas y de nosotros.

Es importante resaltar la importancia de la vacunación, para evitar las consecuencias dañinas de éste y otros virus. El cuidarse, usando las medidas preventivas ya conocidas, para evitar infectarse, no cansarse y no bajar la guardia. La pandemia es real, existe y debemos aprender a vivir con ella. las experiencias de las personas son variables y las consecuencias sociales y económicas también lo son. Cada gobierno, cada país hace el mayor esfuerzo para lograr hacer la situación lo más llevadera posible.

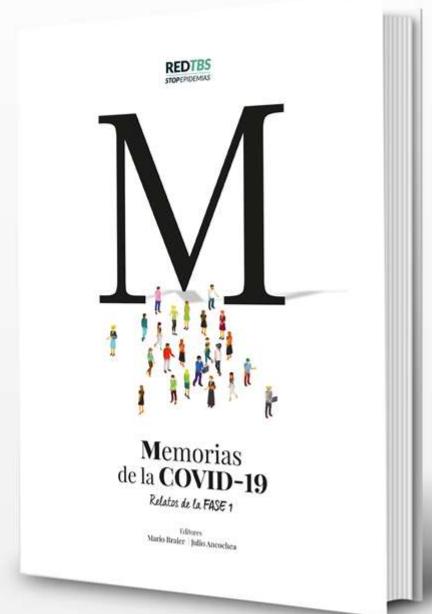
Lo más importante es que las personas que sufran la COVID 19 se sientan apoyadas tanto como sea posible, el solo hecho de recibir una llamada es suficiente para hacerles sentir mejor, sentirse apoyados y pensar en positivo siempre. Deben estar conscientes que al reiniciar sus actividades físicas hay que hacerlo siguiendo las indicaciones para evitar riesgos y lo más importante seguirse cuidándose. Debemos pensar en los demás, evitar el egoísmo y darnos cuenta que todos vivimos esta situación de una forma u otra. Es importante resaltar los valores de los que también hablo en mis libros en estos tiempos de pandemia, aprender a ser mejores y a que surjan en todos nosotros el trato fraternal, la amistad, que dejemos el egoísmo a un lado y nos convirtamos en mejores personas.

Viendo toda esta experiencia en positivo, ayudó a vernos más como la hermosa familia que somos, a sentirnos más compenetrados. A aprovechar cada momento de nuestras vidas, vivir el momento, sentirnos más humanos y comprender la importancia de los amigos, la familia y la empatía como parte de nuestro día a día. Aunque la pandemia ha traído muchos problemas, dificultades sociales y económicas. También podemos tomarla como una oportunidad de crecimiento en lo profesional, creando nuevas cosas y aceptando nuevos retos, lo personal, disfrutando más tiempo con la familia y conociéndonos nosotros mismos y en lo social manteniendo esas amistades a distancia, sabiendo que en algún momento nos reuniremos de nuevo y disfrutaremos nuestra compañía a plenitud.









#### La Red TBS-Stop Epidemias

agradece la colaboración de Previsión Sanitaria Nacional y reconoce el esfuerzo realizado para la concreción de esta obra.

**Farmaindustria** Asomega **Hospital Universitario** de La Princesa

Y también el apoyo de:

Universidad Autónoma de Madrid Cátedra UAM-GSK Respira Vida

Cátedra UAM-Roche EPID Futuro

Chiesi España **Grupo Menarini** Sandoz

Serveis Clínics

#### Edición en versión digital en nuestra web



#### Escriben:

Federico Mayor Zaragoza - Diego Gracia Guillén - Julio Ancochea Bermúdez - Ángel Gabilondo Pujol - Padre Ángel García - Miguel Carrero López - Javier Senent García - Rafael Garesse Alarcón - Julia del Amo Valero - Rosa Polo Rodríguez - María Carmen Sellán Soto - Rita de la Plaza Zubizarreta - Margarita Alfonsel Jaén - María Ordobás Gavín - Carmen Martín Muñoz - Mònica Moro Mesa - Fidel Illana Robles - Carlos Martínez Alonso - Begoña Barragán García - Javier Tovar García - María Jesús Rodríguez Nieto - Cristina Henríquez de Luna - Francisco Javier Fernández - Esther Barreiro Portela - Serafín Romero Agüit - Juana Samper Ospina - Francisco García Río - Pilar Coronel Granado - Florentino Pérez Raya - María Carmen Basolas Tena - Joan Artur Caylà Buqueras - José Ramón Zárate Covo - Pillar Rodríguez Ledo - Jesús Aguilar Santamaría - Juan José Rodríguez Sendín - Fernando Lamata Cotanda - María Vázquez Torres - Silvia Arias Careaga - Juan Jesús Hernández González-Nicolás - Javier García Pérez - Emilio Bouza Santiago - José Manuel González Huesa - Rosa María Girón Moreno- Antonio Hernández Ramírez - Joaquín Rodrigo Poch - Francisca Sánchez Martínez - Alipio Gutiérrez Sánchez - Antonio Fernández de Buján y Fernández - Fernando Pérez Escanilla - Eva García Perea - José María Eiros Bouza - David Rudilla García - Carmen del Arco Galán - Jonathan McFarland - José A. Pérez Molina - Antonio Fernández-Pro Ledesma - Judith Pérez Velasco - José Antonio Caminero Luna - Carlos A. Jiménez-Ruiz - Enrique Navas Elorza - Dominique Alphonse Javier Cortés Bordoy - Roxana Tabakman - Josep Morera Prat - Ignacio González Casteleiro - Mar Barrio Mayo Jorge Joan B. Soriano - Maite Moliner Gascón - Miguel Munárriz - José María García García - José Carlos Bermejo Higuera - Jorge Tello Guijarro - Jonathan Benito Sipos - Elena Español Pueyo - Fernando Gonçalves Estella - Joan-Pau Millet i Vilanova - Pilar Falcón Osorio Enrique Acín García - Santos Castañeda Sanz - Alfonso Canabal Berlanga - Iñaki Moreno Martínez - María Guadalupe Blay Cortés - Antonio Planas Roca - Fernando Ramasco Rueda - Ana Sánchez Azofra - Alberto Infante Campos





#### 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 electo de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

**Carmen Martín Muñoz** es Directora 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.





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.







#### CONSEJO EDITORIAL



Joan Artur Caylà Buqueras es médico especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública, y 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.

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 de 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.

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.



# Memorias de la COVID-19 La Pandemia en las Americas



# STOPEPIDEMIAS

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad Newsletter RedTBSinforma n° 53 - Memorias de la COVID-19 n° 23 Edición de La Pandemia en las Américas - 10 de septiembre de 2021

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

Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz

Dr. Antonio Fernández-Pro Ledesma

Dr. Juan Jesús Hernández González-Nicolás

#### Consejeros

Dr. Juan José Rodríguez Sendín

Dra. Pilar de Lucas Ramos

Dr. Benjamín Abarca Buján

Dra. Inmaculada Alfageme Michavila

Dr. Serafín Romero Agüit

#### Comité Técnico

**Comité Científico** 

Dr. Julio Ancochea Bermúdez, presidente

Dr. José Manuel Solla Camino, vicepresidente

Dr. Javier García Pérez, secretario general

#### **Vocales**

Dr. José Antonio Caminero Luna

Dr. Joan Caylà Buqueras

Dr. José María García García

Dr. Fernando Pérez Escanilla

D.ª Mª Teresa de Miguel Tarancón

D.ª Noelia Martin-Buitrago López-Carpeño

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