Memorias de la COVID-19
SANIDAD GLOBAL
REDTBS STOP EPIDEMIAS

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad - Memorias de la COVID-19 nº 27 - 30 de julio de 2022

Newsletter RedTBS-Stop Epidemias informa nº 57

EDITORIAL

Sanidad Global II

La palabra *prevención* (*praeventio*), según la Real Academia Española (RAE), es la acción o efecto de prevenir. Es también la preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. De alguna manera, la Red TBS - Stop Epidemias, mediante su campaña de formación e información ciudadana, pretende actuar en este sentido teniendo en cuenta que *prever* y *prevenir* son verbos que tienen diferentes matices y no se deben utilizar indistintamente.

Prever es ver con anticipación, conocer, conjeturar por algunas señales o indicios lo que ha de suceder y disponer o preparar los medios contra futuras contingencias.

Prevenir es preparar, disponer con anticipación lo necesario para un fin o ver, conocer de antemano un daño o perjuicio.

Prever es ver algo con anticipación y *prevenir* es verlo y tomar medidas para evitarlo. Se habla de *prevención de las enfermedades* y no de *previsión de las enfermedades*. La expresión *prevenir de* algo, con la preposición *de*, significa avisar o advertir de que algo puede ocurrir y *prevenir algo*, sin la preposición, significa *tratar de evitar o impedir un daño*, tomar medidas y precauciones: informar con anticipación y tener una estrategia de actuación.

Creíamos que con la pandemia de la COVID-19 habíamos aprendido y la experiencia nos serviría no sólo en el ámbito sanitario sino también como experiencia de vida ante posibles acontecimientos negativos. Parece que no es así y que la realidad contradice la semántica y estamos muy lejos de hacer de la experiencia una norma de conducta; especialmente los políticos que nos dirigen en este

Sigue en página 3

SUMARIO

Editorial: Sanidad Global II 1

Libro *Memorias de la COVID-19. La pandemia en las Américas* 5

La pandemia de la COVID-19 sobre la salud psicológica 7
Javier Senent García
Presidente del Cruz Roja Española

Noticias en red 1: Decálogo de Medidas Preventivas: Tuberculosis y COVID-19 (versión en ucraniano y ruso) 10

Suma y sigue 11
Francesca Sánchez Martínez
Médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona

Nadie sabe cuánto durará esto… y terminando, qué seguirá 13
Miguel Ángel Salazar Lezama
Expresidente de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax. Coordinador de Salud Ocupacional del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas de Ciudad de México

Noticias en red 2: Entrevista a Francisco García Río 16

Una nueva mirada es posible 17
Silvia Arias Careaga
Directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la Universidad Autónoma de Madrid

Noticias en red 3: TB y vacuna MTBVAC 18

Memorias de la COVID-19: Experiencias en un centro monográfico de tuberculosis 19
Xavier Casas García
Director Médico Asistencial de Serveis Clínics. Barcelona

Consejo Editorial 22

Entidades de la Red TBS-Stop Epidemias 24

www.redtb.org

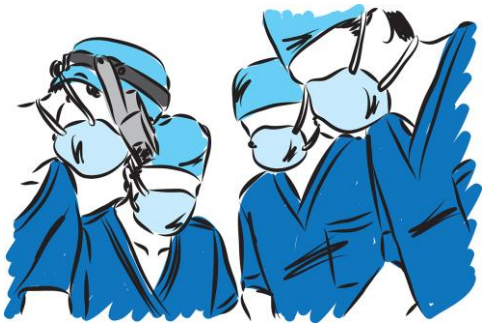
www.memoriasdelacovid19.org

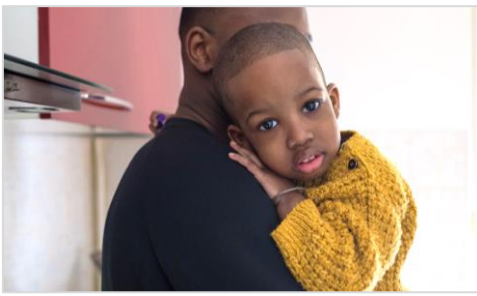
Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad

Entidades fundadoras de la Red TBS-Stop Epidemias

Entidades que integran la Red TBS-Stop Epidemias

Empresas que patrocinan la Red TBS-Stop Epidemias





conflictivo siglo XXI. Valga de ejemplo la oleada de incendios que asola el sur de Europa que arrasó miles de hectáreas de zonas emblemáticas de nuestro querido país.

Pasaron dos años y medio desde que se declaró públicamente la pandemia y se acuñaron durante su gestión una amplia variedad de términos nuevos para calificar cada circunstancia. Una de las más destacadas fue la que definió a “los trabajadores esenciales”, que hoy en día parecen haber quedado en el olvido. Ni se reforzó la Atención Primaria, ni se mejoraron los sueldos de los sanitarios y otros colectivos, ni se honró el sacrificio de tantas personas que trabajaron día tras día durante el llamado “confinamiento”; la denominada precariedad sigue siendo la moneda de cambio de todos los días. Pareciera que hemos sobrevivido a una serie de normas de higiene que la lógica indicó siempre como al uso: lavarse las manos, mantener la distancia, la mascarilla, aislarse del contacto con terceros, segundos y primeros… No había vacuna y según las autoridades peligraba la vida de “nuestros abuelos” y, sin embargo, las residencias de ancianos quedaron en gran parte dejadas a la mano de Dios. Se inyectaron ingentes cantidades de dinero público y privado en la investigación de una vacuna y la OMS asumió, aunque un poco tarde, que estábamos ante una emergencia sanitaria global. La ingente inversión dio un resultado formidable y en menos de un año tuvimos una vacuna. Mientras tanto, los ancianos y personas especialmente vulnerables morían a miles debido a que no se enviaron como la lógica indicaba la atención médica de emergencia a cada uno de esos establecimientos ni se les dio prioridad hospitalaria. Faltaba de todo: mascarillas, ropa adecuada, respiradores, monitores… lo precario se convirtió en la nueva normalidad y de control poco, sólo normas para un momento de resiliencia social. Y, sin duda, que la descentralización sanitaria de nuestro país contribuyó aún más a incrementar la inequidad y accesibilidad.

No estábamos preparados y tras dos años y medio de pandemia es de suponer que ahora sí, lo estamos. ¿Es así? Pues tampoco, las nuevas cepas del SARS-CoV-2 siguen infectando y del control “absoluto” pasamos a la liberalidad fiestera de que ahora podemos soportar el contagio de rebaño porque supuestamente la vacunación masiva nos protege en parte (hablamos de Europa… en África ni siquiera la vieron) de nuestros hábitos mundanos. Y hoy parece que la normativa es la de relajar todas las normas y volver a juntarse que al fin de cuenta *la vida son dos días*.

Pongamos que la pandemia es menos letal, pero sigue siendo pandemia y no se ve cambio alguno en las prioridades preventivas de los gobiernos porque la precariedad y desigualdad sanitaria sigue al orden del día.

Sigue en página 4

Editorial

La ola de calor que estamos viviendo está íntimamente relacionada con el cambio climático que hace años se viene anunciando. ¿Qué estamos haciendo en prevención al respecto? Esta vez no se trata de una vacuna, la naturaleza no entiende de paliativos y esta pandemia climática será el fin para una parte importante de las especies que viven en este planeta, incluida la nuestra. Lamentablemente las prioridades van cambiando y los acrónimos se suceden: de la OMS ahora pasamos a la OTAN… ¿A dónde apuntamos mañana?

Epidemias las hay por doquier: tuberculosis, malaria, dengue, VIH-SIDA, viruela del mono, SARS… La desigualdad campa a sus anchas y los virus y bacterias viajan en avión mientras nuestros políticos apenas si se diferencian entre demócratas y autócratas por caracterizarlos de alguna manera, mientras el mundo se complica. El actual cóctel de conflictos bélicos, sanitarios y sociales es una peligrosa mezcla en la cual, aunque agreguemos gotas de esperanza, el sabor sigue siendo amargo.

Sanidad Global es prevención dentro y fuera de nuestras fronteras, ya no nos basta una sanidad pública gratuita local, sino que debe ser universal, solidaria y planetaria o servirá de muy poco hacer prevención meramente informativa. La actual crisis internacional es sistémica y sus consecuencias pueden tener un carácter irreversible en lo sanitario, lo económico y lo social y genera inseguridad para todos los países.

La Sanidad Global es la respuesta ante la constatación que la desigualdad es un desequilibrio que atenta contra el concepto solidario y humanista de la vida. Todas las cuestiones sanitarias, incluido el cambio climático, trascienden fronteras y se deberían abordar conjuntamente por los gobiernos. La interdependencia ha sido una prueba para la Unión Europea durante la pandemia y es necesario ir más allá y asegurar el concierto de las Naciones Unidas en el verdadero sentido de lo que representa este nuevo paradigma del nuevo siglo.

El concepto *One Health* es una estrategia mundial que busca aumentar la colaboración interdisciplinar en el cuidado de la salud de las personas, los animales y el medio ambiente, con el fin de poder elaborar e implementar programas, políticas y leyes en pro de la mejora de la Salud Pública (término acuñado hace más de 60 años y que acentúa la importancia de la colaboración para ayudar a solucionar problemas de salud global). Se hace necesario trabajar conformando equipos profesionales multidisciplinares desde una proyección de la sanidad a nivel global. Salud global es la suma interactiva de la salud animal, ambiental y humana y el concepto *One Health* es un referente estratégico para aumentar la colaboración interdisciplinar, entendiendo que todas estas circunstancias se hallan íntimamente relacionadas. Y, volviendo al tema de inicio de este editorial, la prevención es esencial y hace 60 años que el deterioro se viene sucediendo. M.B /J.A.

Recién editado

Escriben

Adolfo Pérez Esquivel - Julio Ancochea - Mario Braier - Norma Lucrecia Ramírez de Castellanos - Eric Burguera-Couce - Reynaldo Chandler - Silvia Arias Careaga - José Rogelio Pérez Padilla - Carolina Zweig - Cristian S. Aroche - Suyapa María Sosa Ferrari - Gur Levy - Ana S. Ramírez García-Luna - Óscar Andrés Cruz Martínez - Mauro Zamboni - José Antonio Caminero Luna - Daniel Samper Pizano - Jeanne Gambucci - Andrés L. Echazarreta - Denisse Arakaki-Sánchez - Fernanda Dockhorn Costa Johansen - Tieni Arakawa - Joan B. Soriano - Tomás Cobo Castro - Willy Morose - Natalia Gras - Mark Cohen Todd - Juana Samper Ospina - Joan Artur Caylà Buqueras - Javier Senent García - Walter Mattarucco - Dolores Moreno - David Cerdio Domínguez - Sonia M. Ramírez Pérez - Lorenzo Fernández Fau - María Carmen Sellán Soto - Laura Noemí Chavarría de Cocar - Mirliana Ramírez-Pereira - Isabel Álvarez Solorza - Constanza Jacques Aviñó - Ana María López - Luis Adrián Rendón Pérez - Ruth Medina - Ivone Evangelista Cabral - Iván Cherrez Ojeda - Javier García Pérez - Martin Sívori - Efraín Sánchez Angarita Carlos Rodríguez Taveras Héctor Javier Sánchez Pérez - Johana Botero Giraldo - Jorgelina Lezaun Jean de Melo Silva - Mª Victorina López Varela - José Carlos Bermejo Francisco Eduardo Marcos - Yolanda E. Rodríguez de Guzmán - Cristina Gordillo Marroquín - Rafael Camero del Vecchio - Jesús Aguilar Santamaría - Miguel Carrero López - Juliana Beltrán Sierra - Ezequiel Consiglio - Joan Pau Millet i Vilanova - Héctor Javier Sánchez Pérez Jaime Argueta - Andrea Rizzi

Recién editado

Todos los relatos agrupados en este libro son en su conjunto una radiografía humana de lo vivido por las personas que habitan en Iberoamérica y que son protagonistas de un drama social cuyo fin aún es un enigma. Textos desde los cuales podemos percibir lo que nos depara un futuro tan cercano como incierto. 64 narraciones desde 38 ciudades de 19 países con la participación de representantes de 22 hospitales de ambos continentes, 18 universidades y 22 instituciones públicas, colegios profesionales, oenegés... que nos cuentan sus vivencias personales y dos editores que han intentado dar forma a un documento que resulte útil a las próximas generaciones.

Javier Senent García
Presidente del Cruz Roja Española

La pandemia de la COVID-19 sobre la salud psicológica

Cruz Roja ha realizado durante los dos últimos años Informes de Vulnerabilidad para estudiar el impacto de la pandemia sobre la población vulnerable atendida por nuestra organización.

En el último, el de 2021, se pone de manifiesto cómo las personas a las que prestamos nuestro apoyo están viviendo las diversas consecuencias negativas generadas por la situación de los últimos años. Las personas en situación de vulnerabilidad son siempre quienes más acusan los problemas o las crisis que afectan a la población en general y, lamentablemente, no sufren sólo una problemática porque, generalmente, una va ligada a otra.

En el ámbito económico y laboral, el 47,6 % de las personas que atendemos viven en situación de pobreza extrema, siendo el 44,7 % de las personas en situación de trabajar, personas desempleadas. Esto se acentuó con la pandemia, pues el 16,2 % perdió el empleo al inicio de la pandemia y el 35 % después del confinamiento.

En al ámbito de la vivienda, ha aumentado la "*economía sumergida de la vivienda*", donde destaca el subarriendo o alquiler de habitaciones, la ocupación de viviendas vacías (sin luz, agua o calefacción) o el alquiler de vivienda en calidades deficitarias.

El 34.3 % de las personas atendidas en Cruz Roja refiere no poder mantener la vivienda en una temperatura adecuada los meses de mayor frío, es decir, se encuentran en situación de pobreza energética.

También se ha acentuado la brecha educativa a raíz de la pandemia. Las tecnologías han cobrado un peso muy importante en la educación para solventar los problemas acaecidos durante el confinamiento. Estas medidas han distanciado a la población sin acceso a ordenadores o internet a una educación igualitaria (aproximadamente un 50 % de la población atendida por Cruz Roja).

Y todas estas consecuencias son sólo algunas de las muchas ocurridas durante los últimos años. Situaciones de crisis sociosanitarias, como la que estamos viviendo, ponen de manifiesto y acentúan las grandes diferencias y desigualdades que existen hacia los colectivos más vulnerables. El colectivo de las mujeres y el de las personas migrantes, históricamente dos de los colectivos más afectados por las desigualdades sociales, vuelven a ser dos de los más golpeados durante la pandemia de la COVID-19.

Las mujeres han sido, y son, habitualmente las principales cuidadoras de personas dependientes, y la situación de crisis sociosanitaria ha complicado que pudieran hacerse cargo de estas personas. Además, el confinamiento ha puesto en situaciones de alto riesgo a mujeres víctimas de violencia de género, que se han visto obligadas a estar en la misma vivienda y de forma constante con sus agresores.

Sigue en página 8

El 21,3 % de las mujeres manifiestan haber sufrido un deterioro de su salud frente al 14,3% de los hombres. El 40,4 % de las familias monomarentales han necesitado productos de primera necesidad y comida (frente al 26.9% global).
Este porcentaje se eleva al 42 % en los hogares migrantes. Y es que el Informe de Vulnerabilidad 2021 de Cruz Roja también recoge datos que manifiestan la precariedad de este colectivo: el 97,5 % de las personas migrantes han visto deteriorada su situación laboral (frente al 41.5% de personas nacidas en España). De la misma manera, el colectivo de las personas migrantes, y de las familias monomarentales son los más perjudicados respecto a la vivienda.
Las personas migrantes vieron paralizados sus procesos de homologación de titulaciones, lo que dificultó también su ingreso a puestos laborales o incluso a poder continuar con sus estudios.
Y este cúmulo de datos, de ejemplos y de casuísticas recogidos en este Informe son sólo la punta del iceberg de todas las consecuencias que han vivido algunos de los colectivos más vulnerables, y que han incrementado las desigualdades sociales.

A nivel mundial, desde el inicio de la pandemia han aumentado 150 millones las personas afectadas por hambre en el mundo (ONU, 2022), dato que pone en evidencia las dificultades económicas y sociales que estamos viviendo a nivel global.
Como es obvio, el peso de todas estas consecuencias ocurridas durante los años de pandemia no es en balde. En España, se han visto incrementados índices tan sensibles como las tasas de suicidio, que han aumentado un 7,3 % más que en el 2019 (Ministerio de Sanidad, 2020). A nivel mundial, cerca de 700 000 personas se suicidan cada año, y el 77 % de ellas viven en países de ingresos bajos o medianos (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2021). Todo esto conlleva un deterioro considerable de la salud psicológica de las personas.

Según el mismo Informe de Vulnerabilidad 2021, de la población atendida en Cruz Roja, cuatro de cada diez personas se enfrentan a alguna problemática psicológica, siendo las dificultades de sueño o la depresión algunas de las más frecuentes. Y si nos vamos a datos mundiales, la depresión es la principal causa de discapacidad, contribuyendo a la carga general de morbilidad.
En definitiva, parece que todos los datos apuntan a que la pandemia ha agravado los problemas de salud psicológica y, además, según el informe de la OMS (2022), la brecha de tratamiento de salud mental se ha ampliado, y los servicios ambulatorios para atender la salud psicológica se están viendo saturados.

Todos estos datos no pretenden asustar o desalentar, sino concienciar y sensibilizar. Hay luz al final del túnel. Existen numerosos estudios con evidencia científica que avalan que las personas con problemas de salud psicológica pueden mejorar notablemente si tienen la atención adecuada.
Ahora es el momento de aunar energías y dirigir nuestros esfuerzos a realizar una intervención transversal para la recuperación de la salud psicológica.

En Cruz Roja disponemos de una política de cuidado de la salud mental que tenemos en cuenta en todos los proyectos que llevamos a cabo. Además, desarrollamos de manera constante servicios específicos para la atención de la salud psicológica de las personas en situación de mayor vulnerabilidad.
Con todo ello, pretendemos dar soporte a las carencias que la crisis sociosanitaria haya podido dejar y, sobre todo, tenemos una intención clara de facilitar, de contribuir a que las personas puedan alcanzar un estado de salud mental satisfactorio.

Sigue en página 9

Sabemos que nuestras intenciones son compartidas con otras organizaciones, como la Organización Mundial de la Salud que puso en marcha el Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2030, con el objetivo de alcanzar la equidad de la cobertura sanitaria universal, haciendo hincapié en la prevención.

En definitiva, la salud psicológica, que abarca tanto los pensamientos, como las emociones y las acciones de las personas, debe ser uno de los principales puntos de mira a nivel global. La inversión, el cuidado, la atención y la prevención de las problemáticas de salud mental tendrán, sin duda, consecuencias positivas y beneficiosas tanto para las personas a nivel individual, como para la población a nivel global.
La salud psicológica todavía sostiene grandes tabúes y prejuicios, que son importantes ir destapando y modificando. Y aunque nos queda camino por delante, el lado positivo es que cada vez se escucha más hablar de la 'salud mental', y este puede ser el empujón que necesitemos para acelerar el paso a la mejora de la salud mental. Debemos aprovechar este momento para seguir luchando por algo que es sumamente necesario.
Todas las personas podemos ser vulnerables a sufrir carencias en nuestra salud mental en algún momento de nuestra vida, y todas las personas deberíamos tener acceso al cuidado de esta. Aunemos nuestras fuerzas para conseguir que esto sea posible.

Noticias en red 1

Decálogo de Medidas Preventivas: Tuberculosis y COVID-19

Muchas de las ediciones que realiza la Red TBS-Stop Epidemias se publican en varios idiomas para facilitar la información a colectivos sociales de países que por diferentes motivos se encuentran en España. Es habitual que el programa de actividades que realizamos con el Cinefórum Solidario se edite en castellano, francés, árabe e inglés. Actualmente y debido a la gran inmigración que ha llegado de Ucrania hemos publicado en ucraniano y en ruso; idiomas que habla esta población refugiada y a la que llegamos con la campaña de prevención e información sobre el cuidado de la salud.

Francesca Sánchez Martínez
Médica adjunta del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital del Mar. Barcelona

Suma y sigue

En las acepciones 10 y 11 de la entrada **memoria** del diccionario de la RAE, el plural, **memorias** se describe, respectivamente, como 'relación de recuerdos y datos personales de la vida de quien las escribe' y 'relación de algunos acaecimientos particulares, que se escriben para ilustrar la historia'. Wikipedia, más práctica y accesible para el general de los hablantes del castellano común, señala: 'Se denomina **memorias** a aquel relato que de una forma más o menos fiable describe los hechos y acontecimientos que el autor ha vivido como protagonista o testigo. La distinción entre «memorias» y «autobiografía» no está clara'.
Pues bien, sin pretender aburrir a los lectores con una autobiografía, y consciente de que mis palabras entrarán en la definición de lo "más o menos fiable", ataco, por segunda vez, una hoja *Word* en blanco para dejar otra reseña de **mis memorias** de la COVID-19. Pido disculpas porque, probablemente, ya se habrá utilizado el recurso etimológico con el que doy comienzo a esta segunda intervención, pues nada queda más lejos de mi intención que repetir palabra por palabra lo que ya se ha escrito.

En la oportunidad anterior, instalados en el fin de lo que sería la primera ola, cuando nadie (o casi) esperaba que los acontecimientos se desarrollaran como lo han hecho [en definitiva, a pesar de su nada desdeñable letalidad en personas con factores de riesgo, es un virus respiratorio, la vacuna estaba muy avanzada y confiábamos, a fuerza de inmunidad grupal y entrenamiento inmunológico, arrinconarlo a los meses más fríos del año], mi trabajo se movía entre la Unidad de Tuberculosis del hospital y la Hospitalización Domiciliaria, la que venía siendo mi tarea asistencial en los doce años precedentes. En la primera de estas tareas, fue la solidaridad de otros compañeros del Servicio de Enfermedades Infecciosas la que hizo posible mantener la Unidad operativa durante las semanas más duras del confinamiento, porque yo estaba dedicada completamente a la COVID-19.

En la segunda, a pesar del desconocimiento, la confusión inicial y, sobre todo, a fuerza de tomar decisiones que, cada vez eran más acertadas, adquirimos habilidad y experiencia para 'ingresar' pacientes en sus casas de forma eficiente y segura[1]. En el caso de la tuberculosis perdimos, irremediablemente, numerosos estudios de contactos cuya repercusión en nuestra endemia local está por dilucidar. Confiamos, sin embargo, en que se confirmen los resultados de las incontables pruebas de imagen torácica y muestras respiratorias procesadas durante este tiempo que apuntan a un descenso del número de casos nuevos de tuberculosis en nuestra área. ¿Habrán influido los confinamientos, el teletrabajo y el uso de mascarillas? Sin duda, pero, cautela, la tuberculosis está muy lejos de ser un problema resuelto en ningún lugar del planeta.

Sigue en página 12

La OMS no deja de insistir en el coste humano que pagaremos en casos y muertes por tuberculosis a escala mundial, pero también en otras enfermedades transmisibles, especialmente los países más vulnerables y con sistemas sanitarios más débiles, como consecuencia del trasvase de recursos a favor de la COVID-19. Si pudiéramos reducir a lo estrictamente económico una situación tan compleja y multifacética, podríamos utilizar una de las frases más replicadas del saber popular: 'si un problema se resuelve con dinero, no es un problema, es un gasto'. Desde mi punto de vista, lo que hemos perdido, y seguimos perdiendo con la pandemia no es económico o, desde luego, no es solo económico. Mientras las autoridades políticas animan a la ciudadanía a recuperar la cotidianidad, los profesionales de la salud seguimos viviendo en lo inabarcable, en lo impredecible… en lo desconocido. Ojalá se resuelva con dinero y las esperadas ayudas europeas lleguen a la salud.
Esta semana, la OMS ha alertado que el crecimiento rápido de casos de coronavirus en Europa desde mediados de junio y la poca vigilancia, pronostican un otoño y un invierno complicados. La Organización insta a los países a controlar más la evolución del virus y recomienda aumentar la capacidad de los laboratorios para asegurar una detección rápida de la COVID-19 y el control de las variantes. Al mismo tiempo, alerta que, debido a la distribución desigual de las vacunas, una gran parte de la población de mayor riesgo no ha sido inmunizada (tan sólo el 28 % de los más mayores y el 37 % de los sanitarios de los países con ingresos bajos han recibido una dosis de vacuna). Yo añadiría que, siempre que sea posible, los líderes políticos y comunitarios deberían predicar con el ejemplo y no trasladar a la responsabilidad individual la aplicación de medidas de protección personal e interacción social que se han demostrado muy útiles (manos, distancia, mascarilla… vacuna), sino que en sus intervenciones y discursos públicos tendrían que ser los primeros en recordar que seguimos en pandemia y que las olas se repiten con tozuda periodicidad varias veces al año. Aparecer con mascarilla en un atril que muestre estos mensajes en su parte frontal para dirigirse a un público igualmente 'enmascarillado' sería un mensaje muy potente para la población.
En nuestro medio, la investigación y sus aplicaciones son imparables, y deberíamos ser capaces de conjurar, hasta acabar con ella, una situación de la que tuvimos noticia el tristemente célebre mes de diciembre de 2019. Lo que parece demostrado es que la ausencia de liderazgo intelectual (vivimos en el relativismo moral, sólo importa la economía), de mensajes claros, de esfuerzos conjuntos y de solidaridad entre regiones, está alejando el tan ansiado final.
Como reflexión ante las pandemias que vienen: El Dr. Jenner demostró que la infección con viruela la vacuna protegía eficazmente contra la viruela humana, por lo que el gobierno británico sustituyó en 1840 la variolización (inoculación con viruela que, aunque protectora en algunos casos, causaba enfermedad eventualmente mortal) por la vacunación. Igualmente, en pleno siglo XIX, muchos años antes del descubrimiento de cualquier antimicrobiano, el Dr. Semmelweis salvó la vida de generaciones futuras de puérperas por el mero hecho de obligar a los asistentes a los partos en el hospital a lavarse las manos. Ante cualquier enfermedad transmisible, la vacunación masiva y las medidas básicas de higiene son, cuando se pueden aplicar, los medios más eficaces para mejorar la salud de una población. El día 23 de julio de 2022 la OMS declaró la viruela símica (*monkeypox*) emergencia de salud pública de interés internacional. El director general, Tedros Adhanom Gebreyesus, asumió la responsabilidad de esta declaración, que no cuenta con el consenso de todos los expertos, con la intención de que los gobiernos actúen en consecuencia, ya que se dispone de los medios diagnósticos y de vacunas eficaces.
[En el momento de enviar esta nota, según datos de *Worldometer,* se han declarado 574 784 853 casos de COVID-19, se han notificado 6 602 540 muertes y, de los 24 013 537 casos activos (de nuevo en lento retroceso), 44 924 están graves o críticos].

[1] Nogués X, Sánchez-Martinez F, Castells X, Díez-Pérez A, Sabaté RA, Petit I, Brasé A, Horcajada JP, Güerri-Fernández R, Pascual J. Hospital-at-Home Expands Hospital Capacity During COVID-19 Pandemic. J Am Med Dir Assoc. 2021 May;22(5):939-942. doi: 10.1016/j.jamda.2021.01.077.

Miguel Ángel Salazar Lezama
Expresidente de la Sociedad Mexicana de Neumología y Cirugía de Tórax.
Coordinador de Salud Ocupacional del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. México

Nadie sabe cuánto durará esto y, terminando, qué seguirá después…

Yo, como médico neumólogo de 39 años de experiencia, puedo decir que, nunca en mi vida profesional había sentido tan cerca el miedo a fallar en un tratamiento y el mismo de un paciente a morir, "estado de guerra" decíamos en el servicio.

En diciembre del 2019 nos llegó la noticia de que en la provincia China de Wuhan se reportan casos de "neumonía atípica" con una alta mortalidad; nos puso en estado de alerta. Muy poco después se describió al SARS-CoV-2. Se iniciaron entonces los preparativos para responder a la pandemia, ya que el INER, como hospital para patología respiratoria, fue designado como centro de referencia para pacientes con esta enfermedad. Preparativos para la utilización de equipo de protección personal, designación de lugares específicos para la atención de pacientes, adecuación de servicios de hospitalización para que funcionaran como cuartos de terapia intensiva, todo esto fue implementado en base a la anterior experiencia en la pandemia por H1N1 del 2009. Pero francamente nunca nos imaginamos la magnitud del grave problema que se nos venía encima y muchos creímos que esto iba a ser parecido como lo fue SARS original, MERS o hasta la misma influenza del 2009.

El gobierno federal, la Secretaría de Salud de México, inició el acondicionamiento de todos los hospitales públicos del país para recibir pacientes en condición grave. Se contrató personal nuevo, joven, sin gran experiencia en el manejo de ventiladores mecánicos, ya que, por decreto presidencial todos aquellos que tuvieran más de 60 años o con comorbilidades deberían resguardarse en sus domicilios hasta nueva indicación; lo que supuestamente disminuía en forma considerable al personal experimentado.

El 28 de febrero recibimos al primer paciente en el servicio de urgencias, una persona que había asistido a un congreso al norte de Italia, en donde la pandemia se encontraba ya en situación alarmante. Rápidamente se inició la pesadilla, empezaron a llegar pacientes en estado crítico, abarrotando el servicio de urgencia y lamentablemente tuvimos decesos en la sala de espera. El INER contaba, en ese momento con 180 camas de terapia intensiva, con un enorme esfuerzo de las autoridades sanitarias por dotarnos de ventiladores.

El número fue creciendo, llegando hasta tener 170 camas ocupadas con pacientes en ventilación mecánica, simultáneamente: un gasto enorme en equipo de protección desechable, medicamentos, exámenes de laboratorio, imagen, insumos de todo tipo. Nos enfrentamos, como todo el mundo, con la famosa "infodemia": todo tipo de información, tanto en redes sociales, como en la misma literatura científica, en donde nos enterábamos de noticias que, posteriormente, eran falsas y

Sigue en página 14

amarillistas, y con publicaciones que nos daban falsas esperanzas en el tratamiento de la enfermedad, (como por ejemplo la utilización de azitromicina, ivermectina o hidroxicloroquina).

Se trabajaba, obviamente en un ambiente de estrés, se sentía la tensión y, por qué no, miedo a resultar contagiados al atender a los pacientes que llegaban en forma masiva al servicio de urgencias. Venían caminando, en sus autos, en ambulancias; graves casi todos. Dos, tres, o a veces más, médicos intubando pacientes, yendo y viniendo al servicio de imagen para evaluar extensión de daño pulmonar.

Fue tanta la demanda de atención que la Cruz Roja de México construyó cuatro carpas en el estacionamiento para poder aminorar, en manera de los posible, la falta de cama. Se equiparon con todo lo necesario: camas, ventiladores, bombas de infusión, etc. Han sido muy útiles hasta la fecha.

Una de las preocupaciones más grandes entre las autoridades del Instituto era la transmisión de la enfermedad entre los trabajadores del hospital, sobre todo en aquel personal sanitario de "primera línea", (médicos, enfermería, del laboratorio e imagen, camilleros, etc.), y la enorme posibilidad, tal como estaba sucediendo en otros países, de la ausencia de personal en la atención de pacientes, sin menospreciar la salud de estos, por lo que se creó la Coordinación de Salud Ocupacional. Ésta tuvo la finalidad de atender a los trabajadores en la misma unidad, ya que, acorde a nuestras leyes el sistema sanitario de protección es el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, (ISSSTE), sin embargo, este también se encontraba saturados de pacientes con COVID-19 y, honestamente, es un sistema de salud débil, tal como ha sido todo nuestro sistema de salud, aunque se hicieron enormes esfuerzos para fortalecerlo.

En fin, volviendo al tema, en esta coordinación se atendió a todos los trabajadores que, por alguna razón, dentro o fuera del hospital habían, o sospechaban de haber contraído la infección.

El mecanismo consistió en atenderlos en consulta y hacerles la prueba de reacción de la cadena de polimerasa (*PCR*), si esta era positiva indicábamos el aislamiento en su domicilio, con control vía telefónica de sus síntomas. Si eran manejables recomendamos tratamiento sintomático, aconsejando no hacer caso de otras instancias médicas debido a que, como lo expliqué anteriormente, hubo muchos "expertos" en tratamientos que en muchas ocasiones causaban más daño que beneficio. Si las cosas iban bien, los volvíamos a citar para una nueva prueba de control, si era negativa se reincorporaban al trabajo, en caso contrario los volvíamos a citar a nueva prueba 14 días después, hasta que esta fuera negativa. Si los síntomas durante su aislamiento emporaban, acudían a revisión, y, en caso necesario, se internaban.

Tuvimos varios compañeros en esta situación y afortunadamente no hubo defunciones, caso contrario en otros hospitales, en los cuales se notificaron muertes de personal sanitario. Las únicas defunciones que tuvimos fueron de dos trabajadores en resguardo que, con muchas comorbilidades se infectaron fuera del Instituto y llegaron a morir al hospital.

El fenómeno más interesante fue el de que los casos de los trabajadores eran directamente proporcionales a los que aparecían en la comunidad, tal como ya se había descrito en la literatura, (Inglaterra, Dinamarca).

Mientras tanto, fuera del Instituto; en nuestra casa, en nuestra ciudad, en el país, la situación era sombría. En marzo del 2020 las autoridades sanitarias decretan la "jornada de sana distancia". Se cierran comercios, escuelas, centros de reunión, etc. Las calles se veían vacías, tal como sucedió en el resto del mundo. Solo se veían las largas filas para realizarse una prueba, para recibir atención médica, o para conseguir oxígeno para su familiar enfermo. Las autoridades sanitarias daban un informe diario de la situación y las recomendaciones para cuidados de la población.

Sigue en página 15

En diciembre del 2020 empezaron a llegar las vacunas al país; Pfizer, Astra, Sputnik, Sinobac. El personal sanitario de "primera línea" fuimos los primeros en recibir la vacunación en tres centros específicos de la ciudad de México, y en otros lugares del país también designados por el Gobierno Federal. Impresionantes dispositivos de seguridad diseñado por el ejército y la marina para trasladar y vigilar los dichos centros, para posteriormente, paulatinamente ir aumentando a la población; personas mayores de 60 años, con comorbilidades. Así hasta tener una buena cobertura.

Es de hacer nota los esfuerzo que se hicieron para obtener todo tipo y marca de vacunas aprobadas por la Organización Mundial de la Salud, excepto Sputnik, pero ésta ya se estaba aplicando en otros países. Fue una vacunación en masa ordenada y debido a la anterior la ola de contagios disminuyó en forma importante, únicamente fue un respiro. En junio del 2021 la segunda ola fue menos mortífera, pero si más transmisible. Y, aunque la vacunación continúa, nos encontramos hasta hoy en la "quinta ola", con un aumento impresionante de casos. Sin embargo, las hospitalizaciones y las defunciones no han aumentado.

La cepa que circula en nuestro país es la ómicron. Hoy en día, (6 de julio de 2022), México reporta un total de 6 418 258 casos, con 339 827 defunciones. Un panorama nunca visto en mi país. Esta pandemia ha destapado todas nuestras carencias; un sistema de atención médica deficiente, el cual se intentó fortalecer previo y durante la pandemia. Manejo político de los adversarios del partido en el poder, manejo de los medios de comunicación, incluyendo las redes sociales. Sin embargo, seguimos en pie. Nadie sabe cuánto durará esto y, terminando, qué seguirá después…

Todos los relatos agrupados en este libro son en su conjunto una radiografía humana de lo vivido por las personas que habitan en Iberoamérica y son protagonistas de un drama social cuyo fin aún es un enigma. Textos desde los cuales podemos percibir lo que nos depara un futuro tan cercano como incierto.

64 narraciones desde 38 ciudades de 19 países con representantes de 22 hospitales, 18 universidades, 22 instituciones públicas, colegios profesionales, oenegés… que nos cuentan sus vivencias personales y dos editores que han intentado dar forma a un documento que describa un momento histórico a las próximas generaciones.

Noticias en red 2 Entrevistas

Publicada el 25 de julio de 2022 en la revista iSanidad

Francisco García Río

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

El titular de la revista iSanidad es más que elocuente: "La disminución de la mortalidad por tuberculosis ha saltado por los aires debido a la pandemia".

Afirma que "cada año mueren en el mundo alrededor de 1,5 millones de personas por tuberculosis y, con la llegada de la pandemia de COVID-19, las tasas de mortalidad han aumentado a nivel mundial. De hecho, la tendencia positiva que se mantenía desde hace años ha saltado por los aires a raíz de la pandemia". En este sentido, recuerda que existen fármacos como la *bedaquilina* que ha demostrado su eficacia para tratar la tuberculosis. El problema está en que todavía no está financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS). Referente a este tema agrega más a delante que el retraso en la fijación del precio-reembolso de la *bedaquilina* para tratar la tuberculosis está generando problemas. **"**Este es un tema sobre el que llevamos mucho tiempo incidiendo. En el caso de la tuberculosis nos parece particularmente importante porque esta enfermedad es real". Afirma que, "desgraciadamente, en relación con la pandemia las tasas de mortalidad por tuberculosis han aumentado a nivel mundial. Es decir, la tendencia que llevábamos años manteniendo sobre la disminución de la mortalidad por tuberculosis ha saltado por los aires a raíz de la pandemia. Por tanto, necesitamos un mayor control de la situación y disponer de mejores recursos. Además, existen situaciones con una complejidad añadida que suponen un problema adicional. Se trata de los desplazamientos de población, debido a las migraciones o a las guerras. Por ejemplo, los desplazamientos por la guerra de Ucrania suponen un problema en cuanto al aumento de la transmisión de la tuberculosis e incluso aparecen casos de tuberculosis multirresistente. Debido a esto, hemos planteado al Ministerio de Sanidad la posibilidad de establecer medidas de control y de intervención".

Entrevista completa en iSanidad

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad
***Newsletter*RedTBSinforma nº 57 - Memorias de la COVID-19 nº 27**
Edición Sanidad Global – 30 de julio de 2022
La Red TBS-Stop Epidemias respeta la opinión de quien firma cada artículo.
Fotografías: Depositphotos, Freepik, Alamy y agencias. / SSN: 2660-7263
Webs: www.memoriasdelacovid19.org y www.redtbs.org
Contacto: redtbs@redtbs.org
REDTBS STOPEPIDEMIAS

Silvia Arias Careaga
Directora de la Oficina de Acción Solidaria y Cooperación de la Universidad Autónoma de Madrid

Una nueva mirada es posible

Trabajo desde hace muchos años en cooperación universitaria al desarrollo. Soy Doctora en Biología y compagino desde siempre mi amor por la ciencia con mi interés y compromiso con la sociedad para alcanzar metas más justas y solidarias. Desde mi trabajo actual he podido constatar –y más aún tras la pandemia- la actitud responsable,comprometida,motivadora,creativa y entusiasta que define a la comunidad universitaria donde profesores y profesoras, alumnos y personal de administración ponen todo su empeño en conducir la educación superior a un lugar constructivo, inspirador y generador de soluciones a los problemas que enfrentan las sociedades hoy en día.

La universidad tiene un deber incuestionable en formar a los futuros profesionales, pero también tiene el compromiso y el deber de dotarles de las herramientas necesarias para que ejerzan sus profesiones desde la responsabilidad para que puedan contribuir a construir un mundo mejor. La capacidad de transformación que la universidad realiza desde este compromiso es enorme y tiene impacto desde distintas perspectivas.

Por un lado, la propia universidad se transforma asumiendo un papel donde el compromiso y la responsabilidad hacia la sociedad se convierten en ejes protagonistas que se suman a su función tradicional de la enseñanza y la investigación; aportando de esta manera un valor añadido en el que se traslada el peso desde la enseñanza hacia la educación.

En segundo lugar, existe un impacto innegable sobre los propios estudiantes que, participando en programas de voluntariado, de solidaridad, de apoyo y de acercamiento a la sociedad, descubren una forma distinta de entender el mundo donde el respeto, la tolerancia y la solidaridad entran a formar parte de sus vidas de una manera ya irreversible. La transformación sobre el estudiante no sólo la perciben ellos mismos –así nos lo cuentan en las sesiones de evaluación cuando regresan tras una estancia como voluntarios o voluntarias en un país empobrecido, o tras participar durante un curso como voluntarios o voluntarias en un hospital o con personas mayores o con refugiados o con personas sin techo-; sino que también esa transformación la perciben las personas de su entorno provocando un efecto de ondas concéntricas que empapan, afectan y enriquecen a su alrededor.

Por último, existe un impacto sobre la sociedad civil a la que la universidad se acerca ya sea de manera directa o a través del mundo asociativo, de entidades del tercer sector, de universidades de países del sur, de iniciativas privadas, de instituciones y entidades diversas. Existe de esta manera un enriquecimiento mutuo en el que tanto la universidad como la sociedad salen ganando.

Sigue en página 18

La Universidad reaccionó rápidamente ante la pandemia no sólo a un nivel tan importante como es la investigación sino también en un nivel de solidaridad y compromiso muy importante. Se crearon o adaptaron programas ya existentes que pudieran paliar los efectos de la pandemia. Por ejemplo, se tomaron iniciativas para proteger a colectivos muy vulnerables, como los estudiantes con discapacidad facilitándoles la enseñanza online; o, por ejemplo, se adaptaron los programas de voluntariado universitario que se realizaban con otras entidades ya fuera reforzándolos o creando algunos nuevos. O incluso adaptando los ya existentes como fue el caso del voluntariado en los hospitales o en las residencias de personas mayores. Se multiplicaron, en definitiva, las iniciativas de apoyo en todos los sentidos.

Muchas personas de la comunidad universitaria que hasta ese momento no habían sentido la motivación o necesidad o inspiración para participar en programas de solidaridad se vieron de pronto apeladas a entrar de lleno en ese mundo para poder colabora y prestar toda su ayuda. Sentirse útil, en definitiva, aportando todo aquello que estuviera en sus manos cuando la pandemia nos cambió la vida.

Todos nos hemos sentido durante estos años de pandemia, vulnerables, perdidos y con miedo ante lo desconocido. Hemos tenido que sacar lo mejor de nosotros mismos para de manera personal poder afrontar y adaptarnos a un mundo distinto donde lo que creíamos inmutable ya no existía o ya no era o nos resultaba desconocido; todos hemos vivido situaciones duras tensas y muy tristes. Pero, también han sido muchos los efectos secundarios positivos que la pandemia nos dejó. Aprendimos a trabajar de otra manera, a valorar otras cosas y sin duda la universidad como institución reforzó su papel de compromiso con la sociedad. Las universidades, tras este duro episodio de la pandemia, han ganado en flexibilidad y en dinamismo. Han sabido inculcar a sus estudiantes y al resto de la comunidad universitaria la importancia de tener siempre una mirada global de las cosas para poder entender lo más local y cercano; han sabido promover la corresponsabilidad, la solidaridad y la empatía hacia el otro.

El futuro es incierto, pero si desde las universidades nos empeñamos en traer una nueva mirada y perspectiva más humana y cercana es posible que a largo plazo se puedan llegar a tener resultados muy positivos donde los jóvenes de hoy se vuelvan ciudadanos responsables y comprometidos en convertir nuestro mundo en un mundo mejor para todos. “Sin dejar a nadie atrás”, como bien nos recuerda la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Noticias en red 3 Tuberculosis

Publicada el 4 de julio de 2022 por Europa Press

Investigadores del CIBER pertenecientes a las áreas de Enfermedades Respiratorias (CIBERES) e Infecciosas (CIBERIFEC) han realizado un estudio colaborativo donde demuestran el efecto terapéutico de la vacuna MTBVAC frente al cáncer de vejiga resistente a BCG (actual vacuna TB). La vacuna viva atenuada frente a la tuberculosis MTBVAC, construida en la Universidad de Zaragoza y desarrollada por la empresa gallega Biofabri perteneciente al grupo Zendal, y que próximamente se espera que comience los estudios de fase III de eficacia en bebés en Sudáfrica, podría tener aplicaciones para tratar enfermedades más allá de la tuberculosis.

Xavier Casas García
Director Médico Asistencial
de Serveis Clínics. Barcelona

Memorias de la COVID-19: Experiencias en un centro monográfico de tuberculosis

En mi trayectoria profesional como neumólogo, la experiencia directa con un virus hasta principios de 2020 había sido escasa. Hasta entonces había batallado con variedad de bacterias como *Pseudomona aeroginosa* e incluso multirresistente, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Legionella* o el famoso neumococo, pero de virus ni rastro. Ni siquiera la gripe A fue tan relevante. En los últimos 20 años, las micobacterias tuberculosas o no tuberculosas han ocupado mi tiempo y dedicación.

Recuerdo en los primeros años de profesión, únicamente como abordaje frente a un virus las recomendaciones clásicas para la vacunación de la gripe (virus *Influenzae H1N1*) de forma anual en los pacientes con enfermedades pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Pero si en verdad un elevado porcentaje de las exacerbaciones se desencadenan por los virus, los neumólogos tratamos a los pacientes EPOC, hospitalizados por agudización de sobreinfecciones bacterianas y otras complicaciones derivadas. No tratábamos al virus causante directamente. Las neumonías víricas, las incluidas en el cajón de sastre de las "atípicas" no se trataban, pues muchas se resolvían de forma espontánea sólo con tratamiento sintomático con paracetamol y descanso, aunque se prescribían antibióticos por si acaso.

Es cierto que en 2009, con la gripe A, tuvimos un encuentro inicial más intenso y directo con un virus, pero fueron unos meses de mucho trabajo sin un impacto tan relevante al fin y al cabo, con escasa mortalidad comparado con la COVID-19. El fármaco oseltamivir, creo recordar, fue el primer antivírico que había usado hasta el momento como neumólogo.

La relación personal con un virus ha cambiado desde la pandemia COVID-19.

Fue a mediados de marzo 2020, yo me encontraba en la dirección asistencial del centro Serveis Clínics y nos llegó de forma inesperada, y nos atemorizó a todos.

Llevamos una larga experiencia en nuestro centro sociosanitario de 50 camas tratando casos de tuberculosis complicada, luchando contra bacilos multirresistentes y ayudando a pacientes vulnerables con factores de riesgo asociados a incumplimiento terapéutico. Nos sentíamos seguros en nuestro trabajo antes de la pandemia por nuestra larga experiencia en enfermedades contagiosas, con habitaciones todas ellas con presión negativa y porque disponemos de un equipo terapéutico experimentado que controla cada paso del bacilo y se adelanta a sus intenciones.

Pero el virus que nos amenazó a mediados de marzo era un patógeno del cuál desconocíamos sus movimientos y las mascarillas utilizadas: N-95, FFP2 y FFP3, que nos protegían ampliamente de la tuberculosis aparecieron como insuficientes.

Sigue en página 20

Se diseñó un plan de contingencia, y trabajamos intensamente para que nuestros usuarios se confinaran, y entendieran la magnitud de la tragedia que se avecinaba. En nuestro centro albergamos usuarios de drogas inyectables, personas sintecho, con problemas con la justicia, consumo excesivo de alcohol, VIH-sida. Un buen caldo de cultivo para el peligroso coronavirus.

Lo que ocurrió desde el inicio del estado de alarma en marzo de 2020 nos sorprendió. Los usuarios confiaron en nosotros, si bien es cierto, gracias al temor a las posibles consecuencias de una invasión del agente invisible en pulmones cavernosos, destruidos por la tuberculosis e enfisematosos en muchos de ellos. Colaboraron desde un inicio y asumieron la corresponsabilidad junto a los trabajadores sanitarios en mantener el confinamiento, las medidas de higiene y las medidas de distanciamiento social.

Extremamos las medidas de desinfección, habilitamos habitaciones de aislamiento con WC incorporado para los posibles infectados por el virus, les facilitamos tabaco a los fumadores, la gran mayoría, para aguantar mejor su aislamiento personal, pero también grandes dosis de comprensión y ráfagas de cariño a todos.

Las conclusiones que extraemos del COVID-19 en nuestro centro es que no hizo estragos, más bien pasó sin hacer mucho ruido durante los primeros tres meses de pandemia.

A finales de abril, realizamos un cribado en el centro mediante PCR masiva a pacientes y personal. Queríamos obtener una foto actual de la presencia o no del virus para detectar casos asintomáticos, aislar a sus posibles contactos y cortar así las posibles cadenas de transmisión. Obtuvimos un solo caso de SARS-CoV-2 en un usuario, asintomático, quizás el mecanismo de transmisión fue el envoltorio de los alimentos contaminados que recibía del exterior de forma ocasional.

Llegó el desconfinamiento y los ánimos y necesidad de ingresar nuevos usuarios. Durante el desconfinamiento la TB brilló por su ausencia y apenas recibimos ingresos, el virus estaba acaparando la atención de todo el sistema y el de los profesionales sanitarios.

Los nuevos usuarios vinieron con TB, pero siempre con PCR para SARS-CoV-2 negativa. Todos menos uno que, siendo negativo en su inicio, se infectó o la incubó durante su ingreso en el hospital de procedencia. A su llegada inició fiebre, le solicitamos una PCR de esputo para SARS-CoV-2 y fue positiva.

Pasó semanas aislado, su PCR costó negativizar, requirió apoyo psicológico por el personal del centro que le ofreció cariño y comprensión, pero no pudo avanzar su libertad. Cuando salió del aislamiento, su tuberculosis pulmonar estaba casi curada o al menos la fase intensiva de su tratamiento finalizada.

El tercer caso fue en agosto, un interno se presentó de repente con fiebre cuando estaba a punto de ser alta de su TB meníngea. Pasó unas 3 semanas en aislamiento sin cursar con complicaciones. Se desaisló tras el resultado de un test serológico por tener anticuerpos IgG positivos.

En resumen, durante la primera ola de la COVID-19 afectó a tres usuarios, todos de forma leve, sin complicaciones respiratorias a pesar de ser un centro con TB, la mayoría pulmonar. La incidencia fue baja y casos leves.

Durante todos estos dos últimos años desde el inicio de pandemia, hemos tenido un total de 35 pacientes ingresados con COVID-19, todas formas leves y ninguno requirió derivación al hospital de referencia por complicaciones. Sólo uno fue trasladado cuando se conoció que se había infectado, por precaución dado que presentaba una enfermedad inmunosupresora como una aplasia medular idiopática. De los 35 casos, 25 se presentaron con la propagación de la variante ómicron, muy transmisible a mediados de octubre de 2021.

La similitud entre TB y COVID-19 ha aumentado las dudas en su sospecha clínica. El conjunto de síntomas sugestivos de la COVID-19: fiebre, tos y dificultad respiratoria puede ser semejante al

Sigue en página 21

de un paciente con TB pulmonar. Eso nos hacía estar muy atentos, y no dudamos de solicitar PCR para COVID-19 y activar el protocolo anti-COVID, dado que un pequeño descuido podía ser fatal, dado que el centro se podía convertir en un polvorín.

Al mismo tiempo la radiografía de tórax simple ayuda poco en el diagnóstico diferencial entre ambas enfermedades infecciosas dado que diferenciar entre cavitaciones, patrón en gemación, o vidrio esmerilado sólo se consigue en muchas ocasiones por una tomografía computarizada de tórax que no teníamos. Por eso mismo la mayoría de nuestros ingresos nuevos desde la pandemia pasaron por un diagnóstico inicial de neumonía bilateral por COVID-19 en los hospitales de procedencia.

Otro aspecto fundamental que he de resaltar fue la buena coordinación y la colaboración con el equipo de Atención Primaria y Salud Pública. Desde nuestro CAP de referencia se nos facilitó en todo momento test de PCR y antígeno rápido de SARS-CoV-2 en todas las ocasiones que necesitamos. También nos facilitaron vacunación para nuestros pacientes: vacunas Pfizer-BioNtech, Moderna y Janssen.

Además, el trabajo del equipo de tratamiento directamente observado comunitario (ETODA), que durante las primeras olas de pandemia y cuando los hospitales y CAP estaban colapsados, eran prácticamente los únicos sanitarios que, manteniendo todas las medidas de protección, fueron viendo a diario a los pacientes con tuberculosis en domicilio. Eso permitió no sólo garantizar el seguimiento y la toma de medicación de la TB, sino además detectar familias sin recursos a los que se les pudo ayudar garantizando en colaboración con el Ajuntament de Barcelona un soporte de alimentación, durante aquellos momentos tan complicados del estado de alarma.

Para finalizar quisiera hacer una reflexión. En un primer momento pensamos que nuestros pacientes tenían una cierta protección frente al virus, pues al no tener casos o que éstos tuvieran formas leves pudiera relacionarse con una especie de inmunidad entrenada, que hubiera proporcionado la enfermedad tuberculosa previamente. Por ello, la vacunación de la BCG (bacilo de Calmette-Guérin) se presentó como una alternativa de protección ante el invasor. No obstante, viéndolo en perspectiva, creo que el milagro fue un óptimo confinamiento de los pacientes en la primera ola, y un cribaje periódico sometido a los usuarios y también personal asistencial o no asistencial para minimizar las cadenas de transmisión. Una vez se implantó una adecuada vacunación anti-COVID-19 en nuestro centro el panorama cambió.

Después de estos dos últimos años, seguimos trabajando contra la tuberculosis. Nunca lo hemos dejado de hacer, y la previsión es un repunte en casos incidentes de TB por la disminución de notificaciones, menos agilidad en estudios de contactos y retraso diagnóstico en definitiva por culpa de la pandemia.

Es posible que tengamos que convivir con el coronavirus y otras variantes u otros agentes virales en el futuro. Sin embargo, la TB lleva con nosotros miles de años afectando a la población mundial y nuestro deber es erradicarla porque su mortalidad acumulada en la historia de la humanidad es espectacularmente mucho más elevada que la de otros agentes infecciosos.

A mi pesar, estimo que llegará mi jubilación sin poder ver una mínima expresión de la micobacteria tuberculosa en el mundo, sin embargo, seguiremos en la brecha, no por ello bajaremos la guardia para sumar en la misión encomendada a nuestro centro.

CONSEJO EDITORIAL

EDITORES

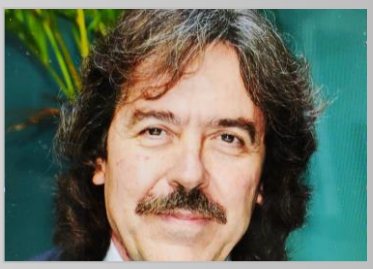
Julio Ancochea Bermúdez es jefe de Servicio de Neumología del Hospital Universitario de La Princesa y profesor titular de la Universidad Autónoma de Madrid. Es presidente de ASOMEGA y del Comité Científico de la Red TBS-Stop Epidemias.

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).

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.



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 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.

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
SANIDAD GLOBAL

REDTBS STOPEPIDEMIAS

Publicación de la Red contra la Tuberculosis y por la Solidaridad - Memorias de la COVID-19 nº 27 / 57 - 30 de julio de 2022

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

GRUPO MENARINI www.menarini.es
Chiesi People and ideas for innovation in healthcare
SANDOZ A Novartis Division
janssen PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Johnson & Johnson
Pharma Mar
Serveis Clínics
PSN
REDTBS STOPEPIDEMIAS

Consejo Institucional
Dr. Tomás Cobo Castro
Dr. Francisco García del Río
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
Dr. Carlos A. Jiménez-Ruiz

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

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