



BOLETIN SEMANAL DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

Miembro adherente del Foro del Sector Social de Argentina y Miembro de la Alianza de Asociaciones de Salud Pública de las Américas (AASPA)

Vol. 2022 – Número 92 – 20 de enero 2022

PARA INSCRIBIRSE EN LA AASAP Procedimiento

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario llenar el formulario de suscripción y abonar la cuota correspondiente una vez haber sido admitido. Es conveniente recordar que el interesado debe tener más de 21 años, y estar identificado con los objetivos de la AASAP. El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso. Formulario de inscripción: [Acceda aquí](#) haciendo [AQUI](#)



CONVOCATORIA A LA ASAMBLEA GENERAL

ORDINARIA DE AASAP:



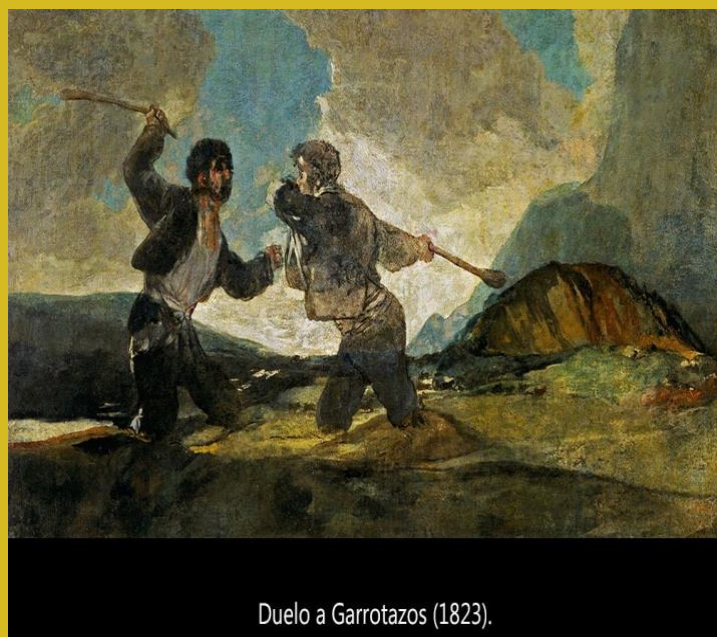
La Comisión Directiva (CD) de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP) convoca a todos sus miembros para la Asamblea General Ordinaria (AGO) que se realizará el día 22 de marzo del 2022. La sede será en una de las aulas de la Facultad de

Odontología de la UBA que daremos a conocer próximamente. La reunión se realizará presencialmente. Si por motivos pandémicos hay que modificar la reunión virtual le avisaremos anticipadamente. En esta AGO se renovará la composición de la CD de la asociación, tal como establecen los estatutos. Por eso les estamos invitando desde ahora a todos los miembros para que consideren la posibilidad de presentar propuesta en LISTAS COMPLETAS. Listas completas significa que las propuestas deben contener el nombre y los cargos para 7 integrantes de CD (presidente/a, vicepresidente/a, secretario/a, tesorero/a, vocales 1, 2, y 3). Las propuestas deben hacerlas llegar antes del 15 de febrero 2022 (sin excepción) para lo cual deben enviar un mensaje al correo electrónico de la asociación

aasaludpublica@gmail.com. En los próximos boletines estaremos dando a conocer las propuestas de cada una de las listas de acuerdo a lo que nos presenten y quieran que se divulgue. Al parecer tendremos varias listas de candidatos. Conocedores de que varios miembros de AASAP viven en provincias, o podrían tener alguna dificultad para asistir a la asamblea, estamos coordinando la eventual votación en sobre cerrado por correo postal (detalles sobre esto estaremos informando más adelante, todo dependerá de lo que nos diga la IGJ). Se recuerda que para participar en la AGO cada miembro deberá haber pagado sus cuotas hasta el mes anterior a la celebración de la asamblea, o sea, hasta febrero 2022. Caso contrario no podrán participar. El pago se podrá efectuar hasta cualquier momento antes del inicio de la reunión. Queremos aclarar que en esta AGO, debido a que se elegirán nuevas autoridades, los asociados no podrán hacerse representar por otro asociado de idéntica categoría, pues la IGJ

prohíbe este acto cuando se incluye en la agenda la elección de nuevas autoridades. Ha llamado la atención de la CD de AASAP la impresionante cantidad de nuevos miembros que se han inscripto en AASAP en las últimas semanas. Bienvenidos y bienvenidas !!!

Pinturas negras de Francisco de Goya : "Duelo a Garrotazos".



Duelo a Garrotazos (1823).

Actual Comisión Directiva AASAP

Julio N. Bello	presidente
Ana C. Pereiro	vicepresidenta
Silvia Necchi	secretaria
Facundo Nahuel Christel	tesorero
Noemí Bordoni	vocal
Tony Pagés	vocal
Vacant	vocal

INDICE DEL ACTUAL BOLETIN

1	Convocatoria a la próxima Asamblea General Ordinaria (AGO) de la AASAP
2	Informaciones y datos sobre la pandemia de Covid-19
3	Golpe de calor en adultos y niños. Yoram Epstein et al
4	Elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en el personal de salud en América Latina durante la pandemia de Covid-19. OPS
5	Las nuevas demandas en envejecimiento y la CIE-11. Perspectivas desde Las Américas. OPS
6	Variantes emergentes del Sars.Cov-2: Disparando al mensajero. The Lancet
7	Protección contra el Covid-19: Más allá de los anticuerpos. Marcos Viniciusn Guimaraes et al
8	La semana mundial de salud pública 4-8 de abril 2022. WFPHA
9	Noticias y otras informaciones de interés para la salud pública
10	Beneficios por ser miembro de AASAP
11	Anuncios sobre próximas actividades académicas que llegan a la AASAP

INFORMACIONES Y DATOS SOBRE LA PANDEMIA DE COVID-19

Para actualizaciones regional y global sugerimos acceder a la OPS/OMS Argentina. Esto lo puede hacer a través de www.paho.org/arg/coronavirus



También puede entrar al sitio de la AASAP www.aasap.com.ar donde encontrará información actualizada sobre las provincias de Chaco y Corrientes, respetando los atributos de los sistemas de vigilancia epidemiológica.

El sitio del Ministerio de Salud de la Nación (MSN) es muy completo y lo recomendamos. Puede acceder a www.msal.gob.ar

MÁS GRAVE DE LO QUE SE CREE : GOLPE DE CALOR EN ADULTOS Y NIÑOS

Revisión y conocimiento actual del golpe de calor y su relevancia en el entorno médico *Autor/a: Yoram Epstein, Ran Yanovich [New England Journal of Medicine 2019; 380:2449-59](#)*

El golpe de calor es la condición **más peligrosa** en un espectro de enfermedades que progresan desde el agotamiento por calor hasta el golpe de calor, en el que un hallazgo compartido es la **hipertermia** (es decir, el aumento de la temperatura corporal central cuando la acumulación de calor anula la disipación del mismo durante el ejercicio o la exposición a estrés por calor ambiental).¹

Clínicamente, el golpe de calor se caracteriza por:

- Disfunción del sistema nervioso central (SNC)
- Falla multiorgánica e hipertermia extrema (generalmente > 40.5 ° C).^{2,3}

Esta revisión resume el conocimiento actual sobre el golpe de calor, que a menudo se malinterpreta o se pasa por alto, centrándose en su relevancia para los profesionales médicos. *Dependiendo de su causa, el golpe de calor se puede clasificar como **clásico** (pasivo) o de **esfuerzo**.*

Ambos tipos se derivan de la incapacidad de disipar el calor corporal excesivo, pero sus mecanismos subyacentes difieren. El golpe de calor clásico se debe a la exposición al calor ambiental y a los mecanismos de disipación de calor deficientes, mientras que el golpe de calor de esfuerzo se asocia con el ejercicio físico y resulta cuando la producción excesiva de calor metabólico abruma los mecanismos fisiológicos de pérdida de calor. El golpe de calor **clásico** ocurre con frecuencia como una epidemia entre las personas de edad avanzada cuya capacidad de adaptarse fisiológicamente al estrés por calor se ha visto comprometida, las personas con enfermedades crónicas y aquellas que no pueden cuidarse por sí mismas.^{4,5}

Las **islas de calor** que se encuentran en el interior de la ciudad son los principales factores extrínsecos.^{5,6} Según el Servicio Meteorológico Nacional de EE. UU., las olas de calor matan a más personas, en promedio, que cualquier otro evento climático extremo.⁶

Múltiples factores de riesgo fisiológicos, sociales y médicos intrínsecos hacen que las personas de edad avanzada sean más vulnerables al calor continuo debido a su capacidad termorreguladora disminuida.^{4,5,7-9}

En consecuencia, muchos pacientes de edad avanzada con golpe de calor clásico son hospitalizados o son encontrados muertos dentro de 1 a 3 días después de un inicio informado de enfermedad,^{10,11} y la mortalidad por golpe de calor entre los ancianos supera el 50%.^{1,5}

Los niños prepúberes también se consideran como una población en riesgo.¹² La susceptibilidad de los niños al golpe de calor clásico se atribuye a una alta proporción de superficie a masa (lo que lleva a un aumento de la tasa de absorción de calor), un sistema termorregulador subdesarrollado (que reduce la disipación de calor efectiva), un pequeño volumen de sangre en relación con el tamaño del cuerpo (lo que limita el potencial de conductancia del calor y resulta en una mayor acumulación de calor) y una baja tasa de sudoración (lo que reduce el potencial para la disipación de calor a través de la evaporación del sudor).¹³

En los bebés, un factor de riesgo importante de muerte durante el clima cálido es el confinamiento en un automóvil cerrado, donde la muerte puede ocurrir en unas pocas horas.¹⁴ El golpe de calor por esfuerzo es una emergencia médica, de naturaleza esporádica y directamente relacionada con la actividad física extenuante. Puede afectar a atletas, trabajadores (p. Ej., Bomberos y trabajadores agrícolas), soldados y otras personas que participan en actividades que muchos de ellos realizaron anteriormente sin incidentes en condiciones similares de intensidad y duración del ejercicio y exposición ambiental.

El golpe de calor por esfuerzo puede ocurrir incluso dentro de los primeros 60 minutos de esfuerzo y puede desencadenarse sin exposición a altas temperaturas ambientales.^{15, 16}

La sobremotivación y presión por parte de compañeros y entrenadores que impulsan a las personas a rendir más allá de su capacidad fisiológica son los principales factores de riesgo para el golpe de calor por esfuerzo.¹⁷

Además, los factores funcionales y adquiridos y algunas condiciones congénitas aumentan la susceptibilidad al calor, lo que lleva al golpe de calor por esfuerzo.^{18,19}

El abuso de **alcohol y drogas**, solo o en combinación, que a menudo son una característica de las fiestas o festivales de música psicodélica, aumentan la respuesta metabólica²⁰ y son factores de riesgo para el golpe de calor entre los participantes en estos eventos.

Además, las drogas similares a las anfetaminas y otros agentes estimulantes²¹ son un factor de riesgo importante para el golpe de calor por esfuerzo en los atletas. Aunque se sugirió un golpe de calor previo como un factor de riesgo para un episodio recurrente,²² esto no está respaldado por evidencia concluyente.

Se desconoce la verdadera incidencia del golpe de calor por esfuerzo debido a diagnósticos erróneos frecuentes (por ejemplo deshidratación o agotamiento por calor).

Las encuestas epidemiológicas de jugadores de fútbol americano de secundaria de Estados Unidos²³ y personal del ejército²⁴ revelan un aumento constante de la morbilidad y la mortalidad por insolación durante la última década. Sin embargo, debido a que el golpe de calor por esfuerzo afecta con mayor frecuencia a personas jóvenes sanas y su reconocimiento y tratamiento suelen ser rápidos, las tasas de mortalidad son bajas (<5%).^{1, 3} El mecanismo patogénico primario del golpe de calor implica la transición de una compensación de la fase termorreguladora (en la que la pérdida de calor excede la ganancia del mismo) a una fase no compensable (en que la ganancia de calor es mayor que la pérdida), cuando el gasto cardíaco es insuficiente para hacer frente a las altas necesidades termorreguladoras.

En consecuencia, la temperatura corporal central continúa aumentando, lo que lleva a un efecto citotóxico directo y una respuesta inflamatoria, creando un círculo vicioso y, finalmente, causando falla multiorgánica.^{1, 2, 25-27} La cascada de eventos subyacentes a la reacción inflamatoria sistémica en el golpe de calor debe ser aun aclarada. La hipertermia desencadena una respuesta de estrés coordinada que involucra células endoteliales, leucocitos y células epiteliales, que proporcionan protección contra la lesión del tejido y promueven la reparación celular.

Esta reacción está mediada por la familia de chaperonas moleculares de proteínas de shock térmico y por cambios en los niveles plasmáticos y tisulares de citocinas proinflamatorias y antiinflamatorias.²⁸⁻³⁰

Con hipertermia prolongada, las alteraciones fisiológicas agudas (incluyendo insuficiencia circulatoria, hipoxemia, y mayores demandas metabólicas) y los efectos citotóxicos relacionados con el calor directo aumentan, causando desregulación de la reacción inflamatoria.^{31, 32}

La respuesta inflamatoria relacionada con el golpe de calor es similar al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS).^{2,33} Se ha sugerido que el SIRS está mediado por ARN mensajeros circulantes que desencadenan la liberación de citocinas y la proteína del box 1 del grupo de alta movilidad¹ (HMGB1), que conduce a una activación excesiva de leucocitos y células endoteliales.^{34,35}

Al igual que el shock séptico, el SIRS puede causar un rápido deterioro en el estado clínico, resultando en coagulación intravascular coagulación (CID), falla multiorgánica y muerte.

Por lo tanto, se considera que el golpe de calor es "una forma de hipertermia asociada con una respuesta inflamatoria sistémica que conduce a un síndrome de disfunción multiorgánica en el que predomina la encefalopatía".² En un estudio de pacientes hospitalizados por insolación, el 84% también cumplieron con los criterios de diagnóstico para SIRS, y para esos pacientes, la internación se prolongó.³⁶

Del mismo modo, la evidencia clínica y experimental de activación de neutrófilos en la insolación clásica sirve como un enlace entre las respuestas inflamatorias y de coagulación.^{32,33} Sin embargo, la asociación entre SIRS y golpe de calor puede pasarse por alto fácilmente porque el golpe de calor, y especialmente el golpe de calor de esfuerzo, no se ve comúnmente en las unidades de cuidados intensivos y no está en la lista habitual de causas de SIRS.

La consiguiente demora en reconocer el vínculo etiológico entre los dos trastornos y administrar el tratamiento apropiado puede exacerbar dramáticamente las consecuencias clínicas de SIRS. La reducción inducida por el golpe de calor en el flujo sanguíneo intestinal causa isquemia gastrointestinal, afectando negativamente la viabilidad celular y la permeabilidad de la pared celular.

El **estrés oxidativo y nitrosativo** resultante daña las membranas celulares y abre las estrechas uniones de célula a célula, permitiendo que las endotoxinas y posiblemente los patógenos se filtren en la circulación sistémica, abrumando la capacidad de desintoxicación del hígado y resultando en

endotoxemia,^{37,38} aunque el concepto de un vínculo entre el golpe de calor y la endotoxemia no es nuevo,³⁹ muchos médicos tienden a ignorar o malinterpretar los hallazgos de laboratorio aplicables. Esto puede exacerbar aún más el estado clínico de los pacientes con golpe de calor y empeorar el pronóstico. El diagnóstico de golpe de calor es en gran parte clínico, basado principalmente en la tríada de hipertermia, anormalidades neurológicas y exposición reciente a climas cálidos (en la forma clásica) o esfuerzo físico (en la forma de esfuerzo).

- La **taquicardia, la taquipnea y la hipotensión** son comunes.
- La **sudoración profusa y la piel húmeda** son típicas del golpe de calor por esfuerzo, mientras que en el golpe de calor clásico, la piel suele estar **seca**, lo que refleja la disminución característica de la respuesta y la producción de las glándulas sudoríparas en personas mayores bajo estrés por calor.
- La piel puede estar enrojecida, lo que refleja una vasodilatación periférica excesiva, o pálida, lo que indica colapso vascular.

Cualquier enfermedad sistémica con un cuadro clínico similar de fiebre y manifestaciones de disfunción cerebral debe considerarse solo después de descartar un golpe de calor, ya que un retraso en el tratamiento del golpe de calor aumenta sustancialmente la morbilidad y la mortalidad. Una vez que se ha descartado el golpe de calor sobre la base de la historia clínica y el contexto, otras condiciones a considerar incluyen meningitis, encefalitis, epilepsia, intoxicación por drogas (Atropina, MDMA [3,4-metilendioximetanfetamina], cocaína o anfetaminas), deshidratación grave y cualquier síndrome metabólico (síndrome neuroléptico maligno, catatonía letal, síndrome de serotonina, tormenta tiroidea o crisis multisistémica de feocromocitoma).^{1,40} El cuadro clínico del golpe de calor se ha revisado exhaustivamente.^{3,41} El trastorno tiene tres fases, que se observan más claramente en el golpe de calor de esfuerzo que en el clásico: una fase aguda hipertérmica-neurológica, una fase hematológica-enzimática (pico de 24 a 48 horas después del evento) y una fase renal-hepática tardía (si los síntomas clínicos se mantienen durante 96 horas o más).

Lo más crítico para los profesionales de atención primaria es la fase aguda, ya que el reconocimiento y el tratamiento rápidos del golpe de calor en la fase aguda pueden salvar la vida.

La medición adecuada de la **temperatura central** (rectal) es crítica en personas que pueden tener un golpe de calor. Se espera hipertermia, pero depender de una temperatura corporal central de más de 40.5 °C como criterio de diagnóstico podría ser engañoso, ya que la temperatura puede ser falsamente baja si la medición se retrasa o se realiza de manera inapropiada (por ejemplo, si la temperatura se mide por vía oral o desde la frente o la axila).^{3,42}

Sin embargo, la hipertermia extrema durante el esfuerzo físico no siempre indica golpe de calor; muchos corredores de maratón terminan la carrera con un alta temperatura corporal central pero sin cambios acompañantes asociados con la clínica imagen del golpe de calor.⁴³

Dada la extrema sensibilidad del **cerebro** a la hipertermia, las alteraciones del SNC son inevitables en el golpe de calor. Los primeros síntomas incluyen cambios de comportamiento, confusión, delirio, mareos, debilidad, agitación, combatividad, dificultad para hablar, náuseas, y vómitos.¹ Pueden ocurrir convulsiones e incontinencia esfinteriana en casos severos, principalmente en un golpe de calor por esfuerzo.

La conciencia generalmente se deteriora, pero generalmente se recupera una vez que la temperatura cae por debajo del nivel crítico de 40.5 ° C. En casos severos, sobreviene edema cerebral.^{1,3} Parece

que la lesión cerebral se concentra en el cerebelo, con atrofia generalizada y evidencia de afectación de la capa de células de Purkinje.^{41, 44}

La lesión neuronal del sistema nervioso autónomo y entérico puede ser duradera. No se ha demostrado la hipótesis de que el daño al hipotálamo anterior preóptico sea responsable de la pérdida de la termorregulación.

La **disfunción y falla del sistema multiorgánico** (más pronunciada en un golpe de calor de esfuerzo que en el golpe de calor clásico) puede alcanzar su punto máximo dentro de las 24 a 48 horas. Si el tratamiento es rápido, los signos clínicos se vuelven más leves en la mayoría de los casos y disminuyen en unos pocos días, y la mayoría de los pacientes se recuperan sin efectos duraderos.

Las posibles complicaciones varían desde una alteración sostenida de la conciencia a CID, síndrome de dificultad respiratoria aguda y disfunción e insuficiencia renal, cardíaca y hepática aguda.^{2, 3} La rabdomiólisis, aunque no es patognomónica, es típica de un golpe de calor por esfuerzo.³

El pronóstico empeora cuando la disfunción renal y hepática se mantienen por más de 96 horas.

Los estudios de autopsia muestran que la falla del órgano terminal después del golpe de calor se debe principalmente a la muerte celular necrótica y apoptótica inducida por el calor que acompaña a la microtrombosis generalizada, hemorragia y lesión inflamatoria.^{26,32,41}

Algunas secuelas neurológicas (ataxia cerebelosa, disartria, trastornos cognitivos y amnesia anterógrada) pueden persistir durante varias semanas o meses.⁴⁵ Un estudio indica que el riesgo de muerte durante los meses y años posteriores a la recuperación por golpe de calor puede ser mayor que el riesgo en la población general.⁴⁶ Las medidas clínicas y de laboratorio que reflejen la función del órgano deben monitorearse sistemáticamente durante al menos 72 horas para evitar perder un posible deterioro clínico.³ Sin embargo, los datos experimentales indican que estas medidas pueden no reflejar adecuadamente la gravedad de la enfermedad o el pronóstico a largo plazo.¹

Se están investigando marcadores bioquímicos circulantes que podrían indicar mejor la insuficiencia orgánica y facilitar un diagnóstico preciso y un tratamiento rápido, incluida la lipocalina asociada a la gelatinasa de neutrófilos HMGB^{1,47} (también conocida como 24p3, uterocalina y lipocalina relacionada con neu),⁴⁸ troponina cardíaca I,⁴⁹ la proporción de proteína de shock térmico urinario,⁷² la creatinina urinaria,⁵⁰ histona,⁵¹ y péptido criptidina² (una alfa-defensina intestinal).⁵² Sin embargo, estos biomarcadores son experimentales y no han sido clínicamente probados o aprobados. Los pacientes con golpe de calor reciben tratamiento sintomático y conservador. El objetivo principal es el alivio de la hipertermia; por lo tanto, a diferencia de otras condiciones traumáticas, la frase clave es "enfriar y correr" en lugar de "sacar y correr". El pronóstico empeora si la temperatura corporal central se mantiene por encima del umbral crítico de 40.5 ° C. De hecho, el enfriamiento rápido y efectivo es la piedra angular del tratamiento y debe retrasarse solo para la reanimación cardiopulmonar esencial.^{3, 53}

En ausencia de una temperatura de punto final específicamente definida para el cese seguro del enfriamiento, la práctica dicta una temperatura objetivo por debajo de 39 ° C (preferiblemente 38.5 ° a 38.0 ° C) para disminuir el riesgo de deterioro clínico.³

Para el golpe de calor por esfuerzo, una velocidad de enfriamiento más rápida que 0.10 ° C por minuto es segura y es deseable para mejorar el pronóstico.⁵⁴ La inmersión en agua fría para el tratamiento del golpe de calor por esfuerzo es el método de elección aceptado para lograr una velocidad de enfriamiento de 0,20 ° a 0,35 ° C por minuto,^{53,54} a pesar de numerosas razones, todas infundadas, para no usar este método.⁵³

En condiciones de campo militar o desértico donde el hielo no está fácilmente disponible, se puede lograr una velocidad de enfriamiento de aproximadamente 0.10 ° C por minuto vertiendo grandes cantidades de agua sobre el cuerpo y abanicando.^{54,55} Estos métodos, aunque menos eficientes que la inmersión en agua fría, son mejor tolerados por las personas mayores y también son fácilmente accesibles y fáciles de aplicar durante una epidemia de golpe de calor clásico, cuando los departamentos de emergencia pueden estar inundados de pacientes ancianos lábiles.⁵⁶

*Ningún agente farmacológico acelera el enfriamiento. la **fiebre** y la **hipertermia** elevan la temperatura corporal central a través de diferentes vías fisiológicas*

Los agentes antipiréticos como la aspirina y el paracetamol son ineficaces en pacientes con golpe de calor, ya que la **fiebre** y la **hipertermia** elevan la temperatura corporal central a través de diferentes vías fisiológicas. Además, los agentes antipiréticos **agravan** la coagulopatía y la lesión hepática en pacientes con golpe de calor.

El antagonista del receptor de **rianodina dantroleno**, utilizado en el tratamiento de la hipertermia maligna, está bajo investigación para la terapia de golpe de calor, pero actualmente no hay evidencia que respalde la afirmación de que este agente es efectivo. De hecho, la liberación de calcio del músculo esquelético parece no tener ningún papel en la fisiopatología del golpe de calor.^{1, 40} El reconocimiento rápido y el enfriamiento efectivo en la mayoría de los casos revertirán rápidamente la disfunción del órgano inducida por el calor. Sin embargo, el enfriamiento puede no ser suficiente para lograr una recuperación completa, y la administración rápida de tratamientos adyuvantes puede ser crítica para la supervivencia.

El estándar de atención debe ser la intervención inmediata con soporte sintomático de las funciones orgánicas y la conciencia del posible desarrollo de SIRS.^{3, 35}

Se están investigando varios enfoques novedosos de tratamiento, que podrían presagiar futuras terapias, en modelos animales y en estudios clínicos preliminares.

Estos incluyen un inhibidor de la xantina oxidasa (alopurinol) para reducir los niveles de lipopolisacárido portal al proteger la integridad de las uniones estrechas célula a célula,³⁷ proteína C activada recombinante para mejorar la inflamación y la cascada de coagulación disfuncional,⁵⁷ concentrado de antitrombina tipo III y trombomodulina soluble recombinante - α para tratar DIC,^{58,59} y serina proteasas para suprimir la actividad de la enzima pancreática en la luz intestinal, reduciendo así sustancialmente los marcadores inflamatorios sistémicos.⁶⁰

El tratamiento adyuvante con **ruibarbo chino**, una especie de planta de la familia Polygonaceae, alivia el respuesta inflamatoria y facilita la recuperación de la lesión hepática y renal aguda asociada al calor⁶¹ (ensayo clínico chino). Estas terapias potenciales se encuentran en diferentes etapas de investigación, y los datos aún son limitados. Se requerirá más información y experiencia antes de que puedan aprobarse para su uso en pacientes. La prevención del golpe de calor es más eficaz que el tratamiento y ciertamente es más fácil. En clima cálido y especialmente durante las olas de calor, se deben tomar medidas de protección para mitigar el riesgo de golpe de calor clásico.

Estos incluyen alojarse en hogares u otros locales con aire acondicionado, usar ventiladores, tomar duchas frías con frecuencia, disminuir el esfuerzo y aumentar el contacto social para contrarrestar el aislamiento.^{4,62} Además, se recomienda a los miembros de la familia, vecinos y trabajadores sociales controlar a las personas mayores con frecuencia para garantizar su bienestar.

La adhesión a medidas preventivas basadas en la experiencia tanto a nivel individual como organizacional pueden reducir significativamente los niveles y la incidencia de insolación.¹⁷

Estas medidas incluyen aclimatarse a las condiciones ambientales cambiantes, ajustar el nivel de esfuerzo físico al grado de la condición física, evitar los momentos calurosos del día para los horarios de entrenamiento, quitar el equipo y la ropa de barrera de vapor que interfieren con la evaporación del sudor, mantener un régimen de hidratación adecuado y programar períodos de descanso durante la actividad; se debe evitar que las personas con signos tempranos de enfermedad realicen actividad física.^{15,17} Se debe ayudar a las personas mayores que se recuperan del golpe de calor clásico a adoptar un estilo de vida más saludable que les permita hacer frente al estrés por calor. Para los trabajadores, atletas o personal militar que se recupera de un golpe de calor por esfuerzo, no existen pautas integrales para regresar al trabajo, el juego o el servicio. El sentido común dicta que esperar a que los hallazgos clínicos y de laboratorio vuelvan a la normalidad y reiniciar el ejercicio con cautela.^{19,63}

El American College of Sports Medicine recomienda una prueba estructurada de tolerancia al calor antes de que un atleta regrese a jugar, pero no especifica un protocolo.^{63,64} Existen dos de estas pruebas para el personal militar,^{65,66} y aunque su efectividad aún se está debatiendo,⁶⁷ parecen estar en uso como una herramienta auxiliar para decidir cuándo los soldados pueden regresar al servicio.

Los estudios en un modelo de rata expuesto al estrés por calor y las observaciones en pacientes con golpe de calor por esfuerzo han demostrado cambios genómicos marcados que son consistentes con la hipótesis de que el golpe de calor puede ser el resultado de los efectos acumulativos de múltiples estímulos de interacción adversos, incluida una posible predisposición genómica a la intolerancia al calor.^{68,69}

Esta hipótesis puede ser respaldada por las observaciones de que el linfocito el transcriptoma difiere de una persona a otra y que en las personas consideradas con intolerancia al calor, los factores de transcripción de los genes citoprotectores están funcionando mal, posiblemente explicando la susceptibilidad de esas personas al estrés por calor.⁷⁰

Durante la aclimatación al calor (un proceso protector que reduce el riesgo del golpe de calor), los cambios genómicos muestran una respuesta bifásica en el hipotálamo de la rata: transcripción mejorada de genes ligados a la excitabilidad neuronal durante la aclimatación temprana y eficiencia metabólica mejorada cuando se logra la homeostasis de aclimatación.⁷¹

Si las personas tolerantes al calor y las personas intolerantes tienen patrones diferentes de respuesta a la aclimatación al calor no se conoce. Los datos acumulados aún son fragmentarios, y los cambios genómicos en la mayoría de los casos se vuelven aparentes solo cuando son desafiados por el estrés por calor. Por lo tanto, se necesita más investigación para corroborar la importancia mecanicista de los cambios genómicos en pacientes con golpe de calor.

Algunos datos clínicos y experimentales respaldan una probable asociación entre el golpe de calor por esfuerzo y la **hipertermia maligna**.^{72,73} En un estudio clínico, se detectó una prevalencia inesperadamente alta del rasgo de susceptibilidad a la hipertermia maligna (45,6%) entre pacientes con golpe de calor por esfuerzo.⁷⁴

Estudios en un modelo de ratón **knockout** identificó CASQ1 como un gen candidato para el análisis de ligamiento entre las dos condiciones.⁷³ Sin embargo, si los pacientes con golpe de calor por esfuerzo tienen un riesgo superior al promedio de hipertermia maligna y si la susceptibilidad a esa afección es un factor de riesgo de golpe de calor por esfuerzo aún no se han respondido.

El riesgo de muerte relacionada con el ejercicio entre los atletas y el personal militar con el rasgo de células falciformes es mayor que el riesgo entre sus contrapartes que no son portadores de este rasgo.⁷⁵ Sin embargo, no hay evidencia que respalde una asociación entre el rasgo de células falciformes y el esfuerzo golpe de calor.⁷⁶ El golpe de calor es una afección potencialmente mortal si no se reconoce de inmediato y no se trata de manera efectiva. Ciertas medidas preventivas simples, como evitar la actividad extenuante en ambientes calurosos y reducir la exposición al estrés por calor, así como cambiar las actitudes en los deportes y abordar los problemas socioeconómicos que aumentan el riesgo, pueden reducir la prevalencia del golpe de calor clásico y de esfuerzo.

La comprensión de la fisiopatología del golpe de calor y los enfoques de tratamiento basados ??en mecanismos aún es incompleta.

Es probable que la investigación futura se centre en tres áreas: identificar rasgos genéticos que puedan reducir la capacidad de una persona para hacer frente al estrés por calor, buscar nuevos biomarcadores que puedan predecir mejor los resultados del golpe de calor a corto y largo plazo, y desarrollar nuevos tratamientos adyuvantes que puedan controlar eficazmente la reacción inflamatoria y contrarrestar complicaciones multiorgánicas. No se informaron posibles conflictos de interés relevantes para este artículo.

ESTUDIO DE LA OPS ADVIERTE SOBRE ELEVADOS NIVELES DE DEPRESIÓN Y PENSAMIENTOS SUICIDAS EN EL PERSONAL DE SALUD DE AMÉRICA LATINA DURANTE LA PANDEMIA



El personal de salud de once países de América Latina presenta elevadas tasas de síntomas depresivos, pensamiento suicida y malestar psicológico, según los resultados de un estudio liderado por las universidades de Chile y Columbia, con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

El informe **The COVID-19 HEalth caRe wOrkErs Study (HEROES)** muestra que entre 14,7% y 22% del personal de salud entrevistado en 2020 presentó síntomas que permitían sospechar un episodio depresivo, **mientras que entre un 5 y 15% dijo que pensó en suicidarse**. El estudio también da cuenta que en algunos países solo recibieron atención psicológica cerca de un tercio de quienes dijeron necesitarla.

“La pandemia evidenció el desgaste del personal de salud y en los países en los que el sistema de salud colapsó, el personal sufrió jornadas extenuantes y dilemas éticos que impactaron en su salud mental”, afirmó **Anselm Hennis, director del Departamento de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental de la OPS**. “La pandemia no ha terminado. Es esencial cuidar a quienes nos cuidan”, subrayó.

HEROES consistió en entrevistas a 14.502 trabajadores sanitarios de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Guatemala, México, Perú, Puerto Rico, Venezuela y Uruguay, y contó con la participación académicos e investigadores de decenas de instituciones de esos países.

La necesidad de apoyo emocional y económico, la preocupación por contagiar a los familiares, los conflictos con los familiares de las personas contagiadas y los cambios en las funciones laborales habituales fueron algunos de los factores principales que afectaron la salud mental del personal.

Por otro lado, confiar en que la institución de salud y el gobierno podrían manejar la pandemia, contar con el apoyo de los compañeros de trabajo y considerarse una persona espiritual o religiosa fueron mencionados como algunos de los factores que ayudaron a proteger su salud mental.

“La pandemia aumentó el estrés, la ansiedad y la depresión de los trabajadores de la salud y dejó al descubierto que los países no han desarrollado políticas específicas para proteger su salud mental. Existe una deuda sanitaria que se debe saldar”, consideró Rubén Alvarado, académico del programa de salud mental de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y uno de los investigadores principales del estudio.

El informe subraya que es urgente el desarrollo de políticas específicas que permitan organizar acciones que protejan la salud mental de estos trabajadores. En ese sentido recomienda modificar el ambiente laboral y garantizar condiciones de trabajo adecuadas.

También, otorgar remuneraciones dignas, condiciones contractuales estables y crear espacios donde los equipos puedan conversar, desahogarse y realizar prácticas de autocuidado.

Asimismo, el documento llama a brindar apoyo a los trabajadores de salud para el cuidado de sus hijos y personas mayores a su cargo, dado que en su mayoría son mujeres y cuidadoras.

También recomienda poner en práctica los lineamientos para proteger la salud mental del personal en los centros de salud y hacer accesibles los servicios de salud mental para estos trabajadores.

“Después de dos años de pandemia, muchos trabajadores siguen sin recibir el apoyo que necesitan y eso puede hacer que desarrollen diferentes trastornos mentales en los próximos años, algo para lo que tenemos que estar preparados”, advirtió Ezra Susser, de la Universidad Columbia y otro de los investigadores principales del informe.

Para ayudar al personal de respuesta en situaciones de emergencia a prevenir problemas de salud mental y a fomentar de estilos de vida saludables, la OPS lanzó un curso virtual gratuito de autocuidado.

El curso permitirá a los participantes reconocer el estrés laboral y los riesgos asociados, identificar factores de riesgo y protección, detectar signos de alarma de problemas de salud mental e incorporar estrategias de autocuidado para lograr hábitos saludables.

Informe completo: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55563>

Enlaces:

[Curso virtual de autocuidado para personal en primera línea de respuesta en emergencias](#)

LAS NUEVAS DEMANDAS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA CIE-11: PERSPECTIVAS DESDE LAS AMÉRICAS

Video del seminario virtual

El Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud (EIH/HA) y el Departamento de Familia, Curso de Vida y Promoción de Salud (FPL) y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) realizaron el Seminario Virtual “Las nuevas demandas del envejecimiento y la CIE-11: Perspectivas desde las Américas”.

La Familia de Clasificaciones Internacionales (FCI) de la OMS incluye un conjunto de clasificaciones que proporcionan el marco conceptual para clasificar y codificar un amplio rango de información relacionada con la salud, siendo algunos ejemplos: diagnósticos, causas de defunción, funcionamiento, discapacidad, motivos para contactar con los servicios de salud, procedimientos médicos etc. El uso de las clasificaciones tiene como objetivo establecer un lenguaje común para describir la salud de la población, generar información y analizar la misma. Una de las clasificaciones centrales de la FCI, es la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE), la cual ha sido implementada ampliamente a nivel global.

En mayo de 2019 los estados miembros de la OMS aprobaron la 11ª Revisión de la CIE (CIE-11) para entrar en vigencia el 01 de enero de 2022. Esta 11ª. Revisión es el resultado de una colaboración sin precedentes con médicos, estadísticos y expertos en clasificación y en tecnología de información de todo el mundo, de modo que puede ser utilizada por estos grupos, así como por los codificadores. Además, la CIE-11 es un producto de fácil uso en ambientes electrónicos, acompañado de un conjunto de herramientas para facilitar su implementación. Entre las novedades que presenta la CIE-11 es su plataforma de mantenimiento (<https://icd.who.int/dev11/l-m/en>) que permite a los distintos usuarios incluir sus observaciones y sugerencias de cambios y correcciones.

La [Década del Envejecimiento Saludable \(2021-2030\)](#) aprobada OMS y en las Naciones Unidas en 2020 es una oportunidad única para reforzar el trabajo en el área del envejecimiento y entre ellas destaca la forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad.

Es importante que los expertos en envejecimiento y clasificaciones trabajen conjuntamente para impulsar los cambios requeridos y necesarios para la generación de información en salud y su análisis eficiente para la política pública y la promoción de un envejecimiento saludable. El propósito de este seminario fue promover la discusión entre expertos de la Región sobre las nuevas demandas del envejecimiento y la CIE-11 para promover la diseminación de los mecanismos de participación para las propuestas sobre el tópico de interés.

VARIANTES EMERGENTES DEL SARS-COV-2: DISPARANDO AL MENSAJERO

Volumen 22, Número 1, P1,01 de enero 2022. Publicado: 09 de diciembre de 2021 DOI: <https://doi.org/10.1016/S1473-3>

El 24 de noviembre, Sudáfrica alertó al mundo sobre la última variante del SARS-CoV-2, omicron (B.1.1.529). La variante omicron se distingue de las variantes anteriores por albergar en su secuencia genómica 49 mutaciones (30 de las cuales ocurren dentro de la proteína espiga), un salto de las 13 mutaciones encontradas dentro de la variante delta (B.1.617.2). Más mutaciones no significan intrínsecamente que una variante sea más

The logo for THE LANCET, featuring the words "THE" and "LANCET" in a serif font, with "THE" positioned above "LANCET".

peligrosa, pero casi de inmediato omicron generó preocupación dentro de la comunidad mundial de la salud con respecto a su transmisibilidad y capacidad para evadir tanto la inmunidad inducida por la vacuna como la natural. El informe de la nueva variante hizo que los gobiernos nacionales reaccionaran con la reintroducción de medidas no farmacéuticas y aumentaron los programas de

refuerzo de vacunas con la esperanza de retrasar la propagación de omicron. Sin embargo, de manera controvertida, para algunos gobiernos la respuesta inmediata fue emitir prohibiciones de viaje contra Sudáfrica. El Reino Unido fue el primero en adoptar tal propuesta, y fue seguido rápidamente por EE. UU., Israel y otros.

Aparentemente, las prohibiciones tienen como objetivo prevenir la propagación de la variante omicron. El fundamento político parece lógico: los gobiernos quieren brindar una sensación de seguridad a sus ciudadanos, y la prohibición de viajar parece una solución sencilla para lograrlo. Sin embargo, la OMS desaconseja las prohibiciones generales de viaje, argumentando que no logran prevenir la propagación de variantes internacionales. En cambio, la OMS afirma que tales restricciones tendrían un impacto perjudicial en los países objetivo. Al restringir los viajes desde estas áreas, las economías de estos países se verán perjudicadas y esto, a su vez, afectará su capacidad para combatir la pandemia. Sudáfrica, por tanto, está siendo castigada por ser el primer país en dar la alarma.

Las prohibiciones de viaje ni siquiera parecen ser efectivas en sus objetivos. Hasta el 29 de noviembre, se detectaron casos de omicron en ocho países de la UE, así como en Australia, Canadá, el Reino Unido y otras regiones. En particular, las autoridades sanitarias holandesas identificaron la variante en muestras tomadas el 19 y el 23 de noviembre (antes del descubrimiento formal de la variante). La orientación oficial de la OMS también advierte que las prohibiciones de viaje pueden causar más daño a largo plazo que su posible beneficio a corto plazo: castigar al país que descubre la variante

podría desalentar involuntariamente a los países a compartir datos genómicos sobre nuevas variantes en el futuro. La inhibición de este intercambio de datos crucial podría ser desastroso. Omicron es la variante más reciente, pero es poco probable que sea la última. No podemos arriesgarnos a desincentivar a las naciones para que no alerten al mundo sobre nuevas variantes. De hecho, a nivel mundial, nos beneficiaríamos de ampliar la vigilancia genómica.

El Explorador de datos de COVID-19 en Our World in Data muestra una distribución desigual de la vigilancia global de las variantes del SARS-CoV-2 en todo el mundo. Algunas regiones, como Dinamarca y Hong Kong, están secuenciando al menos la mitad de sus casos de COVID-19, en busca de mutaciones. La mayoría de los países secuencian cero casos, lo que sugiere la posibilidad de puntos ciegos globales para la aparición de variantes. Sudáfrica, que ha secuenciado solo el 0,8 % de sus casos pero descubrió dos variantes (beta [B.1.351] y omicron), ofrece potencialmente un modelo para la vigilancia nacional de agentes infecciosos. En mayo de 2020, se lanzó la Red para la Vigilancia Genómica en Sudáfrica, una colección de laboratorios, científicos e instituciones académicas, con el objetivo de secuenciar muestras de SARS-CoV-2 para informar la respuesta de salud pública en Sudáfrica. The Network, escribiendo en The Lancet Microbe en octubre de 2020, describió sus principios para la creación de dicha red.

Una mayor vigilancia genómica global de variantes requiere tanto la colaboración internacional como el intercambio de recursos y experiencia. Y aunque los resultados recientes con respecto a la distribución de vacunas en todo el mundo no han sido alentadores, una sesión especial de la Asamblea Mundial de la Salud brinda alguna esperanza. Reunidos en Ginebra entre el 29 de noviembre y el 1 de diciembre, numerosos líderes mundiales se reunieron para discutir recomendaciones para mejorar la respuesta mundial a la pandemia. El resultado más notable fue el acuerdo para desarrollar un acuerdo que rija la respuesta a la pandemia, incluido un compromiso con la distribución equitativa de diagnósticos, medicamentos y vacunas.

Además de los recursos, los países necesitarán garantías de que pueden informar todos los hallazgos sin temor a represalias. La génesis de variantes, como omicron, es (en parte) el resultado de nuestra respuesta desigual al COVID-19. Las grandes porciones de la población mundial que permanecen sin vacunar presentan el mayor riesgo de mutaciones y evolución del SARS-CoV-2. Entonces, mientras estas personas se queden sin vacuna, lo mínimo que podemos hacer es dejar de penalizar a los países que sacan a la luz las consecuencias de nuestra inacción.

PROTECCIÓN CONTRA EL COVID-19: MÁS ALLÁ DE LOS ANTICUERPOS

**Marcus Vinicius Guimaraes Lacerda - Daniel Youssef Bargieri - The Lancet -
Publicado:09 de septiembre de 2021DOI:[https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00561-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00561-2)**

La pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto las profundas desigualdades de nuestro tiempo. Las diferencias de comportamiento, voluntad política y capacidad tecnológica entre los países afectados han contribuido a distintos resultados.¹ 18 meses después de que comenzara la pandemia de COVID-19 en China, la mortalidad es más alta entre las poblaciones vulnerables sin acceso a la vacunación y aquellas que se oponen ideológicamente a la vacunación, en una forma de confirmar que las vacunas salvan vidas.

En un escenario sin precedentes, la humanidad desarrolló oportunamente vacunas seguras y eficaces contra el SARS-CoV-2 que han evitado miles de muertes en todo el mundo. En Chile, el Reino Unido y los EE. UU., todos los cuales han autorizado diferentes vacunas, un número decreciente de muertes por COVID-19 se ha correlacionado con el lanzamiento de la vacuna. Se han observado reducciones en el exceso de mortalidad en estos países, a pesar de un mayor número de casos, otra clara indicación de que las vacunas son efectivas.²

Las primeras etapas del desarrollo de vacunas utilizan métodos de ciencia básica para caracterizar cuidadosamente las respuestas inmunitarias humorales y celulares inducidas. Posteriormente, se realizan ensayos clínicos más grandes, enfocados en evaluar la protección conferida contra la infección, la enfermedad leve a moderada y los casos graves. Cuando el efecto de una vacuna es positivo frente a cualquiera de estos resultados, tiene el potencial de salvar vidas. Las vacunas inactivadas contra el SARS-CoV-2, como la vacuna inactivada CoronaVac de Sinovac, que utiliza una tecnología de vacuna bien conocida,³ fueron las primeras que se usaron en China y América Latina, lo que contribuyó a reducir el número de muertes, aunque con una protección modesta contra la infección. , especialmente entre las personas mayores (> 80 años).⁴

Las vacunas de ARNm, basadas en una nueva tecnología, se han considerado más sólidas que las vacunas inactivadas y se cree que brindan una mejor protección contra la infección. Es probable que la protección estéril dependa de altos niveles de anticuerpos neutralizantes, mientras que el control de la enfermedad parece depender de las respuestas de las células T.⁵ Sin embargo, los correlatos de protección para las vacunas contra el SARS-CoV-2 no se describen completamente. De hecho, para la mayoría de las vacunas utilizadas, se desconocen los correlatos de protección. Aunque las respuestas humoral y celular inducidas por las vacunas están bien caracterizadas, aún no está claro qué aspecto de la respuesta es responsable de salvar vidas.

Las respuestas inmunitarias celulares y humorales pueden evaluarse en las primeras etapas del desarrollo de la vacuna; sin embargo, la vigilancia de las respuestas a las vacunas en grandes poblaciones solo es factible mediante la medición de las respuestas de anticuerpos, ya que la evaluación de las respuestas celulares depende de ensayos costosos, laboriosos y que requieren mucho tiempo. Los anticuerpos neutralizantes pueden representar el mejor correlato humoral, pero su uso para las pruebas de rutina no es práctico debido a los requisitos técnicos,⁶ y no brindan la misma protección contra todas las variantes.⁷ Por lo tanto, la seroepidemiología se usa para rastrear la implementación de la vacuna. Sin embargo, las pruebas de anticuerpos para evaluar las vacunas contra el COVID-19 se han vuelto rutinarias, y las percepciones erróneas sobre la interpretación de esta información entre la población general han llevado a una comprensión falsa de la efectividad de la vacuna, lo que contribuye a la vacilación de la vacuna y aumenta la ansiedad. Además, la ausencia de anticuerpos en las pruebas de rutina podría explicarse por resultados falsos negativos⁶.

Una práctica importante que ha obstaculizado las campañas de vacunación contra el COVID-19 es la autoevaluación de anticuerpos después de la vacunación. La población general no entiende que no existe un nivel específico de anticuerpos como un límite claro para una protección del 100 %. Por lo tanto, aunque los estudios de las respuestas humorales a las vacunas en las poblaciones a lo largo del tiempo son necesarios para la comunidad científica y los desarrolladores de vacunas, dichos estudios deben ir acompañados de un mensaje claro para el público de que los niveles totales de anticuerpos y la protección pueden no estar directamente relacionados.

En *The Lancet Infectious Diseases*, Denis Sauré y sus colegas⁸ informaron que las personas en Chile que recibieron la vacuna CoronaVac inactivada de Sinovac tenían una seropositividad IgG de SARS-CoV-2 más baja que las que recibieron la vacuna de ARNm BNT162b2 de Pfizer-BioNTech, según lo detectado por pruebas de diagnóstico rápido después de la primera y segunda dosis. Se incluyeron 56 261 individuos en el análisis, lo que contribuyó a estrechar los intervalos de confianza y compensar ciertos sesgos, como la precisión de las pruebas de diagnóstico rápido en el campo y el sesgo de selección. Para CoronaVac, la positividad media de IgG disminuyó constantemente después de alcanzar un pico de 77,4 % (95 % IC 75,5–79,3) durante la semana 3 después de la segunda dosis. Por el contrario, para la vacuna BNT162b2, no se observó una disminución en la positividad media de IgG después de alcanzar un pico del 96,5 % (IC del 95 %: 94,9–98,1).

Se necesita más investigación para determinar si la disminución de la positividad de IgG después de la vacunación con CoronaVac es paralela a la disminución de la protección contra la enfermedad grave. La efectividad contra el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI) fue del 91,6 % (IC 95 % 90,5–92,5) en Chile durante la campaña de ampliación de la vacuna.⁹ Las decisiones que tomen los formuladores de políticas sobre la necesidad de una tercera dosis se beneficiarán de los estudios de seroepidemiología, pero la información más relevante para evaluar la efectividad de la vacuna debería ser la protección en términos de reducción de muertes y admisiones a la UCI, especialmente considerando las nuevas variantes emergentes. El acceso equitativo a vacunas robustas

es el escenario ideal, pero en realidad la provisión universal de cualquier vacuna contra el COVID-19 presenta un desafío.

Referencias

1. Bambra C Riordan R Ford J Matthews F -La pandemia de COVID-19 y las desigualdades en salud.- J Epidemiol Salud Comunitaria. 2020; 74: 964-968
2. Moghadas SM Vilches TN Zhang K et al. - El impacto de la vacunación en los brotes de COVID-19 en los Estados Unidos. Clin Infect Dis. 2021; (publicado en línea el 30 de enero). <https://doi.org/10.1093/cid/ciab079>
3. Tanriover MD Doğanay HL Akova M et al. - Eficacia y seguridad de una vacuna contra el SARS-CoV-2 de virión completo inactivado (CoronaVac): resultados provisionales de un ensayo de fase 3, doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo en Turquía. Lanceta. 2021; 398: 213-222
4. Ranzani OT Enganches MDT Dorion M et al.- Eficacia de la vacuna CoronaVac en adultos mayores durante una epidemia de covid-19 asociada a la variante gamma en Brasil: estudio de casos y controles con prueba negativa.- BMJ. 2021; 374:n2015
5. Tan AT Linster M Tan CW et al.- La inducción temprana de células T específicas de SARS-CoV-2 funcionales se asocia con una eliminación viral rápida y una enfermedad leve en pacientes con COVID-19.
6. Castro R Luz PM Wakimoto MD Veloso VG Grinsztejn B Perazzo H COVID-19: un metanálisis de la precisión de las pruebas de diagnóstico de ensayos comerciales registrados en Brasil.- Braz J Infect Dis. 2020; 24: 180-187
7. Alter G Yu J Liu J et al.- Inmunogenicidad de la vacuna Ad26.COVS frente a variantes del SARS-CoV-2 en humanos.- Naturaleza. 2021; 596: 268-272
8. Sauré D O’Ryan M Torress JP Zuniga M Santelices E Basso LJ- Seropositividad dinámica de IgG después del lanzamiento de las vacunas CoronaVac y BNT162b2 COVID-19 en Chile: un estudio de vigilancia centinela.- Lancet Infect Dis. 2021; (publicado en línea el 9 de septiembre).- [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(21\)00479-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00479-5)
9. Jara A Undurraga EA González C et al. Efectividad de una vacuna inactivada de SARS-CoV-2 en Chile.- N Engl J Med. 2021; (publicado en línea el 7 de julio).- <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2107715>

LA SEMANA MUNDIAL DE SALUD PUBLICA 4-8 DE ABRIL 2022 – FEDERACION MUNDIAL DE ASOCIACIONES DE SALUD PUBLICA (WFPHA)



La Semana Mundial de la Salud Pública (sus siglas en inglés GPHW) es una iniciativa de WFPHA que tiene como objetivo reunir a instituciones, comunidades y actores de la salud pública de todo el mundo para reconocer las contribuciones de la salud pública.

Esta primera edición tendrá lugar del 4 al 8 de abril de 2022 con el tema: "La salud pública importa: construyendo el nuevo futuro"

Además del tema principal, cada día se centrará en uno específico:

- Lunes, 4 de abril: Fortalecimiento de la resiliencia del COVID-19
- Martes, 5 de abril: Reversión del desastre climático
- Miércoles, 6 de abril: Lograr la equidad en salud
- Jueves, 7 de abril: Fortalecimiento de las asociaciones y comunidades de salud pública
- Viernes, 8 de abril: Prevención de la próxima pandemia

¡Involúcrate! - Animamos a todos nuestros miembros y asociaciones de salud pública a que se unan a nosotros para difundir la Semana Mundial de la Salud Pública. Organiza actividades en tu país, comunidad o en línea. ¿Quién puede participar? Asociaciones miembros de WFPHA, asociaciones de salud pública y organizaciones sin ánimo de lucro.

Como funciona: Durante la Semana Mundial de la Salud Pública, organizarás un evento dedicado a la salud pública y te daremos visibilidad en nuestra página web y redes sociales. WFPHA también organizará una serie de eventos durante esa semana.

Organiza eventos online, en persona y / o híbridos:

1. Elija uno o más de los temas anteriores.
2. Movilice a sus compañeros para organizar talleres, conferencias, webinars, actividades en redes sociales, concursos, charlas o eventos en formatos presencial, online o híbrido. Los eventos se pueden organizar en cualquier idioma.
3. Envíe su evento antes del 15 de febrero de 2022 a secretariat@wfpha.org utilizando el [archivo adjunto](#).

Para obtener más información, visite la [página web](#) o envíe un correo electrónico a: secretariat@wfpha.org

Puede que estemos físicamente distantes los unos de los otros, pero estamos unidos por la salud pública. ¡Únase a nosotros en esta iniciativa para fortalecer la salud pública

NOTICIAS Y OTRAS INFORMACIONES DE INTERES PARA LA SALUD PUBLICA

Agresión contra el personal de salud: comunicado de la COMRA

La Confederación Médica de la República Argentina (COMRA), junto a las filiales provinciales, emitió un comunicado de repudio ante cualquier manifestación de violencia hacia los miembros del equipo de salud.

“Nos solidarizamos con los profesionales agredidos y exigimos a las autoridades pertinentes que tomen los recaudos y las medidas necesarias para prevenir cualquier tipo de agresión contra el personal de salud.

Hace dos años que estamos al frente de la lucha contra el COVID-19, sin pausa. Somos también personas, que nos infectamos, nos enfermamos, arriesgamos nuestra vida a diario, y también tenemos colegas que la han perdido en esta pandemia. Cuidemos a quien cuida a la población”, sostiene el Consejo Directivo de la Confederación.

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=43e4a3c5c9&e=2215a9f6bf>

OMICRON PUEDE INFECTAR A MAS DE LA MITAD DE LA POBLACION EN EUROPA Y ASIA CENTRAL EN LAS PROXIMAS SEMANAS.

La agencia sanitaria regional reporta casos de la variante en 50 de los 53 países bajo su mandato. En 26 naciones, más del 1% de la gente contrae el COVID-19 cada semana. Las hospitalizaciones aumentan y amenazan con desbordar los sistemas de salud. Los expertos llaman a actualizar las vacunas frente a las nuevas variantes.

El COFESA se solidarizó con los trabajadores de la salud víctimas de actos violentos

En el marco del Consejo Federal de Salud (COFESA) la ministra Carla Vizzotti y sus pares de las 24 jurisdicciones repudiaron los ataques y agresiones “inadmisibles que sufrieron trabajadoras y trabajadores de la salud en los últimos días”.

“Ministras y ministros de Salud de todo el país brindan su apoyo y se solidarizan con cada integrante del sistema de salud, en cada provincia, en cada municipio y en cada rol, que haya sufrido agresiones verbales o incluso violencia física en los últimos días” señalaron. Y agregaron: “Cabe destacar que la gran mayoría de las argentinas y argentinos valoran el trabajo a lo largo de la pandemia de quienes tienen encomendada la tarea sanitaria, y sólo se trata de una pequeña parte de la sociedad la que ha llevado a cabo estos inadmisibles actos”. “Por ello resulta necesario que como sociedad en su conjunto garanticemos un ambiente de trabajo seguro para que estas personas puedan brindar un servicio tan fundamental como es la salud. Es el compromiso también de todas las áreas de gobierno a nivel nacional, provincial y municipal, quienes redoblarán esfuerzos para que este tipo de hechos lamentables no vuelvan a ocurrir” concluyeron.

[https://news.us15.list-](https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372763f560ef60c400f1a4f3f&id=7c78e3ccb0&e=2215a9f6bf)

[manage.com/track/click?u=372763f560ef60c400f1a4f3f&id=7c78e3ccb0&e=2215a9f6bf](https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372763f560ef60c400f1a4f3f&id=7c78e3ccb0&e=2215a9f6bf)

EL DESEMPLEO EN AMERICA LATINA BAJARA EN 2022, AUNQUE SEGUIRA MAS ALTO QUE ANTES DE LA PANDEMIA

La agencia laboral mundial prevé una recuperación lenta e incierta de los mercados laborales globales dada la persistencia de la crisis del COVID-19. El déficit alcanzaría 52 millones de puestos de trabajo de tiempo completo con respecto a 2019. En América Latina, el desempleo se reduciría a 9,3% en 2022, frente al 10% de 2021.

Recomendaciones para uso de elementos de protección personal (EPP) en el contexto de la pandemia por SARS CoV2

El documento, actualizado en diciembre de 2021, ofrece recomendaciones de prevención y control para el personal de salud para la atención de pacientes “basadas en la mejor evidencia disponible a la fecha” y de revisión continua atentos a la nueva evidencia que surja en el transcurso de la pandemia.

El trabajo resalta que “si bien la contribución de cada uno de los modos de transmisión del SARS CoV 2 se encuentra en permanente investigación en todo el mundo, más aún con la emergencia de distintas variantes de preocupación, la información que hoy tenemos disponible indica a la transmisión aérea, como la forma dominante, y la transmisión por contacto como un modo inusual, por lo cual debemos conocer la implementación de medidas inherentes a su mitigación en los diferentes escenarios”. En tal sentido y para todos los escenarios epidemiológicos, el documento remarca los siguientes aspectos:

- Vacunación: se recomienda fuertemente que todo el personal de salud cuente con el esquema de vacunación COVID completo.
- Ventilación: procurar buena ventilación de los ambientes en las instituciones asistenciales. Ventilación adecuada o recomendada: ventilación natural cruzada o mixta, 6 a 12 recambios por hora, menos de 700 ppm de CO₂.
- Higiene de manos: Concientizar al personal de la salud acerca de la importancia de la práctica de la higiene de manos, en base a los 5 momentos- que recomienda la Organización Mundial de la Salud, a través de la educación programada e incidental, acompañado de acciones por parte de las autoridades responsables de cada institución, que promuevan la accesibilidad a dispositivos e insumos necesarios para concretar el objetivo.

Más información: [2022-01-04-Documento Recomendaciones intersociedades.pdf](#)

LA PANDEMIA FRENARA A LA ECONOMIA DURANTE LOS DOS PROXIMOS AÑOS, PREVE EL BANCO MUNDIAL.

El COVID 19, la inflación, la deuda y la desigualdad no permitirán que la actividad económica global mantenga el repunte de 2021. La recuperación de los países emergentes y en desarrollo estaría en riesgo. En América Latina, el crecimiento alcanzará apenas 2,6% en 2022 y 2,7% en 2023, frente al avance mundial de 4,1% y 3,2% estimados para los mismos años.

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=14610c5490&e=2215a9f6bf>

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=73413190e9&e=2215a9f6bf>

LA OMS AUTORIZA DOS NUEVAS MEDICINAS CONTRA EL COVID-19: BARICITINIB Y SOTROMAB. Uno de los fármacos se usa para tratar la artritis reumatoide y recomienda en pacientes con síntomas graves de coronavirus, mientras que el otro se emplea en enfermos con indicios de coronavirus no severos, pero con riesgo de hospitalización.

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=bb460d233b&e=2215a9f6bf>

AMERICA LATINA: EL PERSONAL DE SALUD MUESTRA ELEVADOS NIVELES DE DEPRESION Y PENSAMIENTO SUICIDA DEBIDO A LA PANDEMIA. Sin embargo, solo un tercio de los que necesitaban ayuda psicológica la recibieron y no en todos los países, de acuerdo con un estudio que cuenta con la colaboración de la agencia para la salud de la ONU en el continente americano.

<https://news.us15.list-manage.com/track/click?u=372753f560ef60c400f1a4f3f&id=8be4e0ac5c&e=2215a9f6bf>

SE ESTANCA EL CRECIMIENTO DE LA ECONOMIA MUNDIAL : HAY QUE TOMAR MEJORES MEDIDAS POLITICAS Y FINANCIERAS, Y REMAR UNIDOS. Pese a un repunte en 2021, la recuperación económica mundial está perdiendo fuerza y las proyecciones a dos años vista apuntan a ligeros descensos con “un panorama difícil”. Un nuevo estudio de la ONU alerta que la pandemia de COVID-19 ha agudizado la pobreza y la desigualdad, y llama a cerrar las brechas de inequidad tanto dentro de los países como entre ellos, así como a trabajar de forma solidaria

KHN: A medida que aumenta Omicron, se estanca el esfuerzo por vacunar a los niños pequeños Dos meses después de que se autorizara la vacuna covid de Pfizer para niños de 5 a 11 años, solo el 27% recibió al menos una inyección, según datos del 12 de enero . de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Solo el 18%, o 5 millones de niños, tienen ambas dosis. El esfuerzo nacional para vacunar a los niños se ha estancado incluso cuando la variante omicron altera la escolarización de millones de niños y sus familias en medio de escasez de personal, cierres y acaloradas batallas sobre cómo operar de manera segura. Las tasas de vacunación varían sustancialmente en todo el país, según muestra un análisis de KHN de los datos federales. Casi la mitad de los niños de 5 a 11 años de Vermont están completamente vacunados, mientras que menos del 10 % han recibido ambas vacunas en nueve estados, en su mayoría del sur. (Pradhan y Recht, 1/1

BENEFICIOS POR SER MIEMBRO DE LA AASAP

¿Conoce usted los beneficios por ser miembro de la AASAP?

- Recibir información actualizada sobre los principales contenidos de la agenda sanitaria nacional e internacional, así como sobre sus principales debates, estrategias y acuerdos para solucionar los problemas locales y globales que afectan la salud y el bienestar de las personas.
- Optar por becas, premios o proyectos que la AASAP identifique y que resulten de interés individual o institucional de sus miembros.
- Disponer de un espacio de interacción profesional con otros colegas que han tenido y mantienen un compromiso por el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública argentina.
- Opinar, sugerir, consultar, dentro de los espacios organizativos de la AASAP, sobre asuntos de interés personal, institucional o profesional que atañen a las políticas y programas de salud pública en el país.
- Participar en eventos nacionales, provinciales o municipales, de diferente naturaleza, donde la AASAP funja como auspiciante, organizadora o co – organizadora de los mismos.
- Recibir documentos e informes técnicos sobre una variada gama de asuntos en el campo de la salud pública.
- Publicar artículos de opinión, u otros trabajos científicos, en espacios que disponga la AASAP (boletines, sitio web, u otros).
- Contribuir como docente en actividades de capacitación y/o formación de personal de salud en las que la AASAP haya comprometido su participación.
- Recibir noticias sobre eventos nacionales e internacionales que la AASAP considere que podrían resultar de interés individual institucional de sus miembros.
- Recibir el auspicio apoyo de la AASAP para actividades científicas que sean organizadas y conducidas por sus miembros o instituciones de pertenencia, en el marco de los objetivos, valores y principios de trabajo de la AASAP, tal como establecen sus estatutos.
- Organizar subredes asociativas territoriales (provinciales o municipales) de trabajo en el campo de la salud pública

CURSOS, SEMINARIOS, PUBLICACIONES SUGERIDAS Y OTRAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS (anuncios que llegan a la AASAP)

USAL - Universidad del Salvador		Curso de Extensión de posgrado : “La puericultura en los primeros 1000 días de vida”. Coordinadora: Silvia Solá. Arancelada. Información e inscripción: difusionfacdemedicina@usal.edu.ar https://unso.edu.ar/puericultura.html
Universidad Maimónides	14-25 de febrero 2022	Por 16° año consecutivo la Licenciatura en Gerontología de la Universidad Maimónides ofrece su Curso Introductorio a la Gerontología en forma gratuita Durante el Curso Introductorio a la Gerontología, que tendrá lugar en seis reuniones, lunes, miércoles y viernes entre el 14 y el 25 de febrero, a las 19 horas de Buenos Aires, los asistentes adquirirán una visión global -desde un abordaje bio-psico-social- de los procesos del envejecimiento. Inscripciones exclusivamente a través de https://es.surveymonkey.com/r/gerontologia-2022 Se encuentra abierta la inscripción para la Licenciatura en Gerontología a Distancia, para el año lectivo 2022 Para más información escribir a inscripciones@maimonides.edu
Universidad Nacional de Avellaneda	2022	Abierta la inscripción para la Especialización en Envejecimiento Activo y Saludable de los Adultos Mayores. Modalidad virtual. Dirección: Dra. Gladys Renzi. @undav.edu.ar http://academica.undav.edu.ar/preinscripcion/

<p>Universidad MAIMONIDES</p>	<p>Inicio 12 de marzo 2022</p>		<p>Especialización y maestría en Psicogerontología. Facultad de Humanidades, Ciencias Sociales y Empresariales.</p>
<p>UCA - Instituto de Bioética</p>	<p>17 de marzo 2022</p>	<p>Se encuentra abierta la inscripción a la Maestría en Ética Biomédica. El nuevo ciclo inicia el 17 de marzo. La carrera, acreditada por cuarta vez por la CONEAU (res. n° 403/17), tiene una duración de 2 años y se dicta bajo la modalidad híbrida.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>Contáctate con nosotros</p> <p>bioetica@uca.edu.ar</p> <p>http://uca.edu.ar/es/facultades/instituto-de-bioetica</p> </div>	
<p>UCEMA</p>	<p>Marzo 2022</p>	<p>Maestría en estudios internacionales. Dos años de duración. Cursada dos veces por semana de 19 a 22 hs. Inicio marzo 2022. Prof. Sybil Rhodes - Ph. D en Ciencias Políticas. Universidad de Stanford. Inscripción a la reunión informativa</p>	
<p>FLACSO</p>	<p>Abril 2022</p>	<p>Especialización y curso internacional - Enseñanza de las Ciencias Sociales 2ª Cohorte -Virtual. La certificación de la Especialización y del Curso Internacional será realizada por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso Brasil) y por el Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO). Consultas: + 54 9 11 3880-1388</p>	
<p>Facultad de Derecho UBA -</p>	<p>Abril 2022</p>	<p>ONLINE - Programa de actualización en salud digital 2022. A) Identificar - impacto de las soluciones digitales</p>	

Observatorio de Salud		en el campo de la salud; b) Conocer los marcos normativos, regulatorios y éticos de la salud digital; c) Abordar interdisciplinariamente componentes del ecosistema de la salud digital; d) Diseñar esquemas de gobernanza en salud digital. Consultas: saluddigital@derecho.una.ar
Universidad Autónoma de Tlaxcala	12-14 octubre 2022	La Universidad Autónoma de Tlaxcala anuncia del 12 al 14 de octubre de 2022 el VII Congreso Internacional de Universidades con Carreras de Gerontología V Encuentro de la Red Panamericana de Gerontología y 6° Congreso Internacional Envejecimiento en América Latina Modalidad Virtual http://licenciaturaaiam.wixsite.com/congresovejez
UNIVERSIDAD NACIONAL DE AVELLANEDA	2022	Especialización en envejecimiento activo y saludable de los adultos mayores. www.undav.edu.ar
APSA		II Jornadas virtuales del capítulo de psicofarmacología de APSA. Nuevas tendencias en psicofarmacoterapia. ¿Más fármacos o menos fármacos? https://campus.intramed.net/intramed/course/view.php?id=430
Universidad Maimonides	2022	La Licenciatura en Gerontología ofrece la 16ª edición de su Curso Introductorio a la Gerontología, Gratuito Información e Inscripciones exclusivamente a través de https://es.surveymonkey.com/r/gerontologia-2022
UCEMA	2022	Maestría en Estudios Internacionales Inicio: marzo 2022 Consultá por beneficios especiales por inscripción anticipada hasta el 05/11/2021. Contáctanos al Whatsapp 1144786354

MEDICINA (B AIRES)

www.medicinabuenosaires.com

Volumen 82 N° 1 Año 2022 – Enero- Febrero

[Tapa Volumen 82 N° 1 – MEDICINA BUENOS AIRES](#)

[indice.pdf \(medicinabuenosaires.com\)](#)

(links)

OBITUARIO [Dra. Viviana Ritacco](#)

ARTÍCULOS ESPECIALES

Tratamiento de la tuberculosis drogorresistente en adultos y niños. Revisión narrativa

IMÁGENES Litio y disfunción endocrina (*)

ARTÍCULOS ORIGINALES – COVID

Respuesta humoral y persistencia de anticuerpos anti-SARS-CoV-2 en pacientes hospitalizados

Tocilizumab en el tratamiento de COVID-19. Informe argentino (*)

Complicaciones tromboembólicas de los pacientes internados por COVID-19

Estudio descriptivo de infección por SARS-CoV-2 en adultos con diabetes

Capacidad estructural, recursos humanos tecnológicos y requerimientos de ventilación mecánica en 58 unidades de cuidados intensivos en Argentina durante la pandemia por SARS-CoV-2. Estudio SATICOVID-19

Terapia nasal de alto flujo en insuficiencia respiratoria grave por SARS-CoV-2

Acceso a los dispositivos autoajustables para el tratamiento de apneas del sueño durante la pandemia por COVID-19

Hallazgos ecocardiográficos en pacientes bajo ventilación mecánica con síndrome de dificultad respiratoria aguda por COVID-19 (*)

Condiciones del aprendizaje en las residencias del equipo de salud durante la pandemia COVID-19, Argentina 2020

ARTÍCULOS ORIGINALES – INVESTIGACIONES CLÍNICAS

Arteritis de Takayasu. Alternativas terapéuticas y pronóstico a largo plazo

[Injuria pulmonar por vapeo](#)

[Calidad y diversidad de la dieta en la población urbana de Argentina](#)

[Fibrosis retroperitoneal relacionada con IgG4 \(*\)](#)

[Prevalencia de retinopatía diabética en una zona rural de Argentina](#)

[Valor pronóstico del índice de shock en el infarto de miocardio. Datos del Registro Argentino de infarto con elevación del segmento ST \(ARGEN IAM-ST\)](#)

[Radiocirugía gamma knife en adenomas hipofisarios: experiencia en un Centro \(*\)](#)

SERIE DE CASOS

[Hiperplasia difusa idiopática de células neuroendocrinas pulmonares/tumorlets](#)

CASUÍSTICAS

[Adenoma pleomorfo con lipometaplasia: inesperada causa de obstrucción traqueal](#)

[Síndrome del psoas maligno secundario a cáncer de cuello uterino](#)

[Neumotórax catamenial](#)

EN MEDICINA

[Pioderma gangrenoso en región deltoidea](#)

[Apendicitis del muñón apendicular](#)

CARTA AL COMITÉ DE REDACCIÓN

[El poder educativo de la historia clínica](#)

CAVEAT LECTOR

[Las rocas ocultas en el experimento de Miller-Urey para crear moléculas orgánicas](#)

Links de interés: Ministerio de Salud de la Nación www.msal.gob.ar ; Organización Mundial de la Salud www.who.int; Organización Panamericana de la Salud www.paho.org ; Naciones Unidas www.un.org ; Foro del Sector Social www.forodelsectoresocial.org.ar

Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP www.aasap.com.ar . Correo electrónico de la AASAP: aasaludpublica@gmail.com ; estatutos de la AASAP: [Estatutos](#)

INVITACION PARA INSCRIBIRSE EN LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

Procedimiento: Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario llenar el formulario de suscripción y abonar la cuota correspondiente una vez haber sido admitido. Es conveniente recordar que el interesado debe tener más de 21 años de edad, y estar identificado con los objetivos de la AASAP. El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso. Formulario de inscripción: Acceda aquí haciendo [clic](#)



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

THE LANCET



Organización
Mundial de la
Salud



Noticias
ONU

BMJ



FORO
DEL SECTOR
SOCIAL

The New York Times

Coronavirus Briefing



UBA
Universidad de Buenos Aires



WORLD FEDERATION OF PUBLIC HEALTH ASSOCIATIONS



UCA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA ARGENTINA

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

UNIVERSIDAD
ISALUD



The Inaugural Conference and Launch of the
**JEFFREY SACHS CENTER
ON SUSTAINABLE DEVELOPMENT**

Professor Jeffrey Sachs

Director, Center for Sustainable Development, Columbia University; Director, UN
Sustainable Development Solutions Network; and Chairman,
Jeffrey Sachs Center on Sustainable Development

"What Does Sustainable Development Really Mean?"