



Reporte Epidemiológico de Córdoba

02 DE JULIO
2021
REC 2.464

CÓRDOBA

- Disminuyó la edad promedio de los fallecidos por COVID-19

ARGENTINA

- Situación epidemiológica del dengue

AMÉRICA

- Canadá: Una ola de calor deja al menos 400 muertos en medio de temperaturas récord
- Colombia: Alerta en Huila ante una nueva muerte humana por rabia

- Estados Unidos: Prohíben la importación de perros de más de 100 países por los certificados fraudulentos de vacunación antirrábica
- República Dominicana: Los casos de dengue y malaria disminuyen más de 80% respecto de 2020

EL MUNDO

- Australia: Alerta por leptospirosis en Sydney
- China: Primer país de la región de Asia Pacífico que consigue ser declarado libre de malaria en tres décadas
- Egipto: los perros reservorios de *Campylobacter jejuni* son un grave problema de salud pública

- España: El 30% de las infecciones por SARS-CoV-2 en la primera ola fueron asintomáticas
- Reino Unido: Los nuevos diagnósticos de VIH disminuyen 69% en cinco años en HSH en Inglaterra
- La variante Delta impulsa una ola de COVID-19 sin precedentes en África, y aumenta las hospitalizaciones en Europa
- Alertan sobre la desatención global de la enfermedad de Chagas

OPINIÓN

- Cuando la apatía, y no las dudas, genera desinterés por las vacunas

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntos

RUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS

Editores Asociados

PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // JORGE BENETUCCI // PABLO BONVEHÍ // MARÍA BELÉN BOUZAS // ANA CEBALLOS // JAVIER CASELLAS // ISABEL CASSETTI // FANCH DUBOIS // SERGIO CIMERMAN // SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // GUILLERMO CUERVO // ÁNGELA GENTILE // TOMÁS ORDUNA // SUSANA LLOVERAS // GUSTAVO LOPARDO // EDUARDO LÓPEZ // DOMINIQUE PEYRAMOND // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES // DANIEL PRYLUKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS // HORACIO SALOMÓN // EDUARDO SAVIO // DANIEL STECHER // NATALIA SPITALE // CARLA VIZZOTTI // LOLA VOZZA

Adherentes

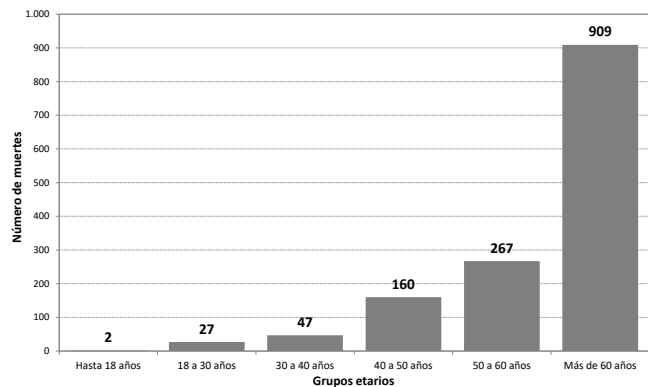
Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

La cada vez más pronunciada caída en la edad promedio de los fallecidos por COVID-19 es un dato saliente que deja la segunda ola de la enfermedad.

Algunas cifras alcanzan para dimensionar ese cambio. En Córdoba, la edad promedio de los muertos durante todo un año de pandemia (de marzo de 2020 a marzo de 2021) fue de 72,6 años. Pero en abril pasado había descendido a los 69,8 años. En mayo, ya fue de 67,2 años. Y en junio bajó a los 64,6 años.



Muertes confirmadas, según grupos etarios. Provincia de Córdoba. Junio de 2021. Fuente: Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba.

Respecto de octubre de 2020, la edad promedio de las muertes adjudicadas a la COVID-19 en Córdoba descendió unos 10 años.

Otro dato elocuente: los menores de 60 años explicaban 11% de los decesos de marzo a marzo. Pero pasaron a representar 28,5% en mayo y en junio fueron 35,6%.

Por contrapartida, los mayores de 60 años fallecidos pasaron de 88,9% de marzo a marzo, al 71,5% de mayo y al 64,5% de junio.

Esos cambios pueden graficarse de un modo más sencillo: durante un año de pandemia, uno de cada 10 fallecidos por COVID-19 era menor de 60 años. En mayo, con la segunda ola ya acentuada, fueron casi tres de cada 10. Pero en junio, con el pico más agudo de casos y de muertes en Córdoba, llegaron a ser casi cuatro de cada 10.

Explicaciones

Las razones, según apuntan los especialistas, hay que buscarlas a dos puntas.

Una es el impacto de la creciente vacunación, que en la primera etapa ha priorizado a los adultos mayores. En ese sentido, debiera verse también un descenso paulatino de decesos desde las próximas semanas en la franja de 50 a 60 años.

Otra causa que se cita es que con la segunda ola ha aumentado la tasa de contagios entre los más jóvenes, acentuada además por la transmisibilidad más alta de las nuevas mutaciones del virus, lo que ocasiona cuadros más severos que el año anterior en pacientes de 40 a 60 años.

En hospitales y clínicas se marca el asombro por el aumento de casos graves –entre mayo y junio– de personas jóvenes, incluso de muchos que no presentan comorbilidades previas.

Expertos sanitarios marcan que sin vacunación, los muy altos picos de contagios registrados en mayo y en junio habrían generado muchos más decesos de los que se han notificado, sobre todo entre adultos mayores.

La edad

La edad es un factor agravante clave de los cuadros de COVID-19. Los mayores de 60 años siguen representando la mayor parte de los fallecidos. En junio, de los 1.412 que reportó el Ministerio de Salud, 909 correspondían a esa franja etaria.

Pero las proporciones variaron mucho con el tiempo: durante un año de pandemia fueron 88,9% de los fallecidos en Córdoba y ahora son 64,4%.

El impacto es menor a medida que disminuyen las edades. La franja de 50 a 60 años pasó de explicar 7% de las muertes en un año, a 18% en mayo y 19% en junio.

Las personas de 40 a 50 años de edad pasaron de ser el 2,5% entre marzo y marzo, 6,3% en mayo y 11% en junio.

Los de 30 a 40 años subieron del 1% promedio en un año a 2,6% en mayo y 3,3% en junio.

Y los de 18 a 30 años pasaron de ser 0,3% del total de fallecidos en los primeros 12 meses de pandemia, a 1% en mayo y 2% en junio.

En niños y adolescentes

Una diferencia llamativa también aporta la mortalidad detectada en menores de 18 años. Durante un año entero se reportó en Córdoba sólo un caso de muerte (una niña de 3 años). Pero en mayo pasado se agregaron tres (un bebé de 15 días, uno de 9 meses y un adolescente de 16 años) y en junio otros dos (un joven de 18 y un niño de 8 años).

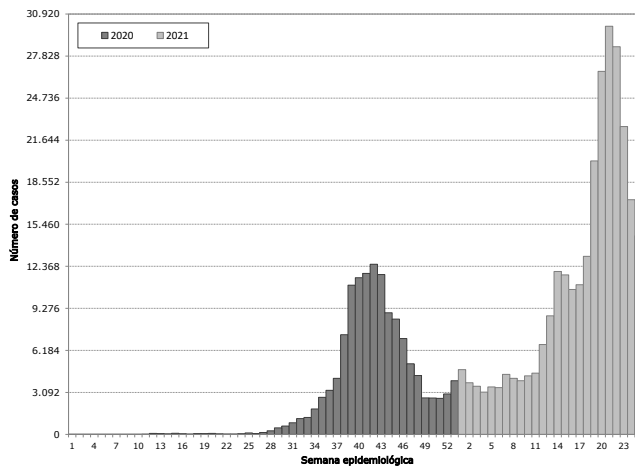
De ese modo, en 15 meses de pandemia, fallecieron seis menores de 18 años en Córdoba.

El peor mes

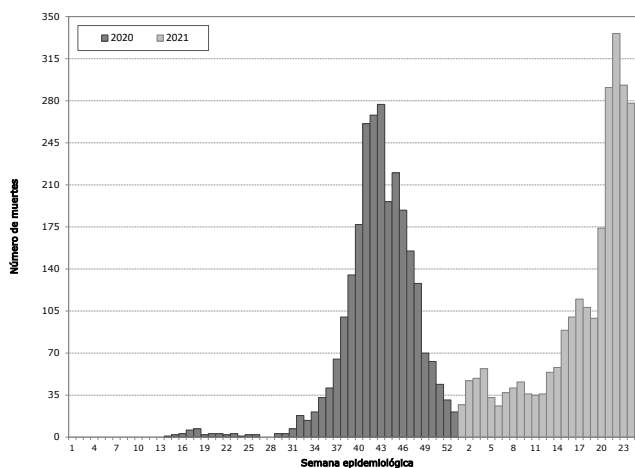
Junio fue el peor mes de la pandemia en Córdoba, en contagios detectados, en personas internadas y en fallecidos.

En decesos, junio registró un muy alto promedio de 47 por día. El mayor pico anterior había sido octubre de 2020, cuando se contaron 35 diarios.

La primera muerte en Córdoba se anotó el 29 de marzo (una mujer de 89 años de La Cumbre), pero los números de fallecimientos empezaron a crecer desde septiembre, cuando se informaron 407. Luego, octubre los elevó a 1.100 y en noviembre fueron 710.



Casos confirmados. Provincia de Córdoba. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 25 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 30 de junio de 2021.



Muertes confirmadas. Provincia de Córdoba. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 25 de 2021. Fuente: COVID Stats. Datos al 30 de junio de 2021.

El verano trajo algún respiro: las muertes fueron 198 en diciembre, 191 en enero, 143 en febrero y 172 en marzo. En abril, ya con 372 decesos, parecía dar sus primeros pasos la segunda ola. Mayo confirmó la escalada, con 775 casos y junio marcó el récord con las 1.412 notificadas.

Tantos los especialistas como los funcionarios del Ministerio de Salud anticipan que el número de fallecidos seguirá siendo muy alto por algunos días más, y que luego debería percibirse un descenso. La explicación es que los picos de muertes se dan unos 15 días después de los de internación, y estos son a su vez consecuencia de los números de contagios de dos semanas antes.

La curva de contagios viene con tendencia a la baja desde hace tres semanas, y la ocupación de camas críticas ha marcado un descenso en los últimos días.

Hasta el 30 de junio, Córdoba informó 5.310 personas fallecidas por COVID-19. Son 5,6% de las 94.304 que se contaron en todo el país. La población de Córdoba representa 8,2% del total nacional.

Provincia/Región	Sin antecedente de viaje				Con antecedente de viaje				Total notif.
	Conf.	Nexo	Prob.	Serotipo	A otro país		A otra provincia		
	Conf.	Nexo	Prob.	Serotipo	Conf.	Prob.	Conf.	Prob.	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	1	—	9	—	2	1	1	1	493
Buenos Aires	6	—	42	—	2	—	—	2	1.388
Córdoba	—	—	11	—	2	—	—	—	893
Entre Ríos	8	—	2	—	—	—	—	—	212
Santa Fe	15	—	18	1	1	—	—	1	656
Centro	30	—	82	1	7	1	1	4	3.642
Mendoza	—	—	—	—	1	—	—	—	11
San Juan	—	—	—	—	—	—	—	—	31
San Luis	1	—	5	—	—	—	—	—	36
Cuyo	1	—	5	—	1	—	—	—	78
Chaco	—	—	17	—	—	—	—	—	431
Corrientes	15	—	5	1	—	—	—	—	541
Formosa	26	—	214	4	—	—	—	—	575
Misiones	48	—	69	1-2	—	—	—	—	788
Noreste Argentino	89	—	305	1-2-4	—	—	—	—	2.335
Catamarca	—	—	—	—	—	—	—	—	101
Jujuy	66	—	76	1	3	2	4	—	1.025
La Rioja	588	—	1	1	—	—	—	—	1.275
Salta	947	9	78	1	1	—	—	—	2.623
Santiago del Estero	—	—	1	—	—	—	—	—	139
Tucumán	1	—	2	—	3	—	1	—	357
Noroeste Argentino	1.602	9	158	1	7	2	5	—	5.520
Chubut	—	—	—	—	—	2	—	—	5
La Pampa	—	—	—	—	1	—	—	—	3
Neuquén	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Río Negro	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Santa Cruz	—	—	—	—	—	—	—	—	5
Tierra del Fuego	—	—	—	—	—	—	—	—	2
Sur	—	—	—	—	1	2	—	—	17
Total Argentina	1.722	9	550	1-2-4	16	5	6	4	11.592

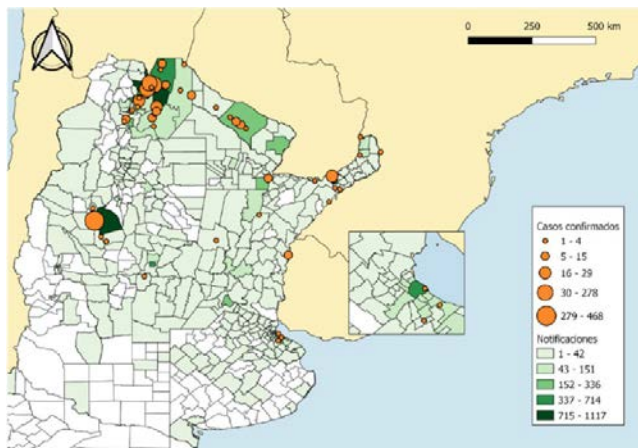
Notificaciones y casos de dengue, según jurisdicción. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2020 a 17 de 2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

Entre la semana epidemiológica (SE) 31 de 2020 y la SE 16 de 2021, todas las jurisdicciones argentinas, excepto Río Negro, notificaron casos con sospecha de dengue. La mayor parte de las notificaciones proviene de las regiones Noroeste Argentino (NOA) y Centro. En tanto, la mayor parte de los casos confirmados se concentra en la región NOA. En total, se han registrado hasta el momento, 1.744 casos confirmados de dengue, 16 de los cuales tienen antecedentes de viaje entre provincias, y seis casos son importados de otros países.

Desde el inicio de la temporada 2020/2021 en julio del año pasado, se ha registrado circulación viral en localidades pertenecientes a seis provincias, en las regiones Noreste Argentino (NEA), NOA y recientemente en la región Centro (en una localidad de la provincia de Entre Ríos). Hasta el momento, se identificó la circulación de los serotipos DENV-1, DENV-2 y DENV-4.

Región Noreste Argentino

La región presentó casos aislados al inicio de la temporada en Corrientes, con un posterior aumento de casos hacia principios de año, a expensas de las provincias de Formosa y Misiones principalmente. En las últimas semanas, Corrientes presentó casos nuevamente, siendo la principal provincia de la región en el aporte a la totalidad de los casos.



Casos confirmados y probables de dengue según localidad y casos notificados según departamento de residencia. Argentina. De semana epidemiológica 31 de 2020 a 17 de 2021. Fuente: Ministerio de Salud de Argentina.

- **Corrientes:** En las SE 35 y 36, se registraron tres casos confirmados de DENV-1 en la ciudad de Corrientes. No volvieron a registrarse casos con pruebas positivas en la provincia hasta la semana SE 11, a partir de la cual, la ciudad de Corrientes notificó un total de 10 casos confirmados hasta la actualidad. Dos de estos casos corresponden al serotipo DENV-2, que hasta entonces había sido detectado únicamente en la provincia de Misiones.

Además, en las SE 7 y 15 se confirmaron casos de DENV-1 en otras dos localidades de la provincia. En toda la temporada, Corrientes suma 15 casos confirmados autóctonos.

- **Formosa:** Entre las SE 49 de 2020 y la SE 1 de 2021, en la localidad de Estanislao del Campo, departamento de Patiño, tuvo lugar un brote con ocho casos confirmados por laboratorio del serotipo DENV-4. Sumado a ello, se notificó en la SE 1, un caso del mismo serotipo en la provincia de Santa Fe, con antecedente de viaje a Formosa.

Entre las SE 2 y 10 se confirmaron 18 casos del serotipo DENV-4 en cuatro localidades de la provincia. En toda la temporada, la provincia sumó 26 casos confirmados autóctonos.

- **Misiones:**
 - Serotipo DENV-1:
 - Desde la SE 50 hasta la SE 12 se confirmaron 26 casos en Posadas.
 - Entre las SE 6 y 12 se confirmaron ocho casos en Garupá.
 - En la SE 7 se confirmó un caso en Eldorado.
 - Entre las SE 10 y 11 se confirmaron tres casos en Concepción de la Sierra.
 - En la SE 14 se confirmó un caso en Bernardo de Irigoyen.
 - En la SE 15 se confirmó un caso en Apóstoles.
 - Serotipo DENV-2:
 - Entre las SE 6 y 7 se confirmaron cuatro casos en Posadas.
 - En las SE 6 y 8 se confirmaron dos casos en Puerto Iguazú.
 - En las SE 6 y 9 se confirmaron dos casos en Garupá.

Las autoridades sanitarias de la provincia indican que se trata hasta el momento de casos aislados sin vínculo epidemiológico entre ellos.

Adicionalmente, tres provincias han reportado casos confirmados con antecedente de viaje a Misiones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (SE 11 y 15), Buenos Aires (SE 12) y Córdoba (SE 11).

- **Chaco:** En la SE 12 la provincia de Jujuy notificó un caso confirmado de DENV-1 con antecedente de viaje a Chaco.

Región Noroeste Argentino

Es la región más afectada del país. A partir de la SE 53 se registraron los primeros casos confirmados en la provincia de Salta, con una tendencia en aumento hasta la SE 11, cuando se registró un pico a nivel provincial y regional y un nuevo máximo de la provincia en la SE 14.

La Rioja es la segunda provincia en número de casos aportados a la región, con una tendencia en aumento desde la SE 4. Jujuy presentó casos y pequeños brotes entre las SE 9 y 15.

- **Salta:**

- Entre las SE 46 y 15 se confirmaron 272 casos en Colonia Santa Rosa, departamento de Orán, identificándose el serotipo DENV-1.
- Desde la SE 4, se confirmaron 233 casos en Embarcación, identificándose el serotipo DENV-1.
- Desde la SE 5, se confirmaron 329 casos en San Ramón de la Nueva Orán, identificándose el serotipo DENV-1.
- Desde la SE 10, se confirmaron 27 casos en Apolinario Saravia, identificándose el serotipo DENV-1.
- Entre las SE 7 y 12, se confirmaron 6 casos en Hickman, identificándose el serotipo DENV-1.
- Entre las SE 11 y 16, se confirmaron 41 casos en General Pizarro, identificándose el serotipo DENV-1.
- Entre las SE 5 y 16, se confirmaron 18 casos en la ciudad de Salta, identificándose el serotipo DENV-1.
- Desde la SE 7, 19 localidades de la provincia confirmaron casos del serotipo DENV-1. A su vez, las localidades de Tartagal y Santa Victoria del Este confirmaron dos casos con serotipo DENV-2 en la SE 13 y 16, respectivamente.

Adicionalmente, cuatro provincias confirmaron casos del serotipo DENV-1: Tucumán (SE 5, 8 y 10), Buenos Aires (SE 10), Jujuy (SE 10 y 11) y Mendoza (SE 13).

- **Jujuy:** Entre las SE 9 se confirmaron 66 casos del serotipo DENV-1 en 13 localidades de la provincia. Se suman cuatro casos de las SE 4, 7, 8 y 9 con antecedente de viaje a Bolivia.

A su vez, la provincia de Salta confirmó un caso con antecedente de viaje a Jujuy en la SE 13.

- **La Rioja:** Desde la SE 4 se confirmaron 572 casos de DENV-1 en la localidad de La Rioja. A su vez, dos provincias notificaron casos confirmados de DENV-1 con antecedente de viaje a La Rioja.
- **Tucumán:** San Miguel de Tucumán confirmó un caso en la SE 14 y dos en la SE 16, ambos con antecedentes de viaje a zonas con circulación viral. Adicionalmente, en la SE 12 se confirmó un caso importado de Bolivia del serotipo DENV-1.

Región Centro

La región Centro presenta hasta el momento un muy bajo número de casos. Los primeros casos autóctonos se presentan en la SE 10, la mayor parte en las provincias de Buenos Aires y Santa Fe.

- **Ciudad Autónoma de Buenos Aires:** Se registró un caso del serotipo DENV-2 con antecedente de viaje a Brasil en la SE 9. También se confirmó un caso del mismo serotipo sin antecedente de viaje a zona con circulación viral en la SE 10.

- **Buenos Aires:** Se confirmaron seis casos entre las SE 12 y 15 que se encuentran en investigación epidemiológica.
- **Santa Fe:** Desde la SE 11 se confirmaron 15 casos del serotipo DENV-1, sin antecedentes de viaje a zona con circulación viral.
- **Entre Ríos:** Desde la SE 13 la localidad de Federación presenta un brote del serotipo DENV-1, con 8 casos confirmados hasta la SE 17.

Región Cuyo

- **San Luis:** En la SE 10 se confirmó un caso del serotipo DENV-1, sin antecedente de viaje a zona con circulación viral.

La expansión territorial de los casos de dengue ha afectado a las regiones norte y centro del país. Sin embargo, las regiones del norte se han visto más afectadas, apreciándose un mayor número de casos, vinculados a brotes más grandes y localidades que presentan circulación viral. En la región Centro se han presentado principalmente casos que corresponden a pequeños brotes o casos aislados.

Tal como se ha mencionado, el serotipo predominante es el DENV-1, no sólo en cantidad de casos sino en cantidad de localidades afectadas con transmisión comunitaria de dicho serotipo. El serotipo DENV-4 está circunscripto de forma exclusiva a la provincia de Formosa y, en un porcentaje muy por debajo de los anteriores, el serotipo DENV-2, se ha presentado en Misiones y recientemente en Corrientes (dos casos autóctonos) y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (un caso autóctono).

Centenares de personas han muerto en menos de una semana en Canadá en medio de una ola de calor sin precedentes que está batiendo récords de temperatura. El 30 de junio, los termómetros alcanzaron los 49,6°C en el pueblo de Lytton, ubicado en la provincia de British Columbia, por quinto día consecutivo.

Lytton, que se encuentra unos 250 km al noreste de Vancouver, superó el récord canadiense anterior que se había registrado en dos ciudades de la provincia de Saskatchewan, Yellow Grass y Midale, que en julio de 1937 alcanzaron una temperatura de 45°C.

Además de Lytton, hay más de otros 40 lugares en British Columbia donde se registraron nuevos récords de calor.

Las consecuencias han sido nefastas: desde el 25 de junio, la policía de la ciudad portuaria de Vancouver ha tenido que atender a más de 130 muertes repentinas. La mayoría eran ancianos o tenían problemas de salud, y el calor fue un factor determinante.

El fenómeno ha traspasado las fronteras canadienses. El noroeste de Estados Unidos también ha registrado máximos históricos y una serie de víctimas fatales.

La causa de esta ola corresponde a un “domo de calor” de aire caliente estático a alta presión (que actúa como la tapa de una olla) que se extiende desde California hasta los territorios árticos. Las temperaturas son más bajas en las zonas costeras, pero las regiones del interior tienen poco respiro.

Los expertos aseguran que se espera que el cambio climático aumente la frecuencia de estos eventos extremos. Sin embargo, es complejo vincular lo que está sucediendo hoy en Canadá con el calentamiento global.

Advertencia de la OMM

El 29 de junio, la Organización Meteorológica Mundial (OMM) advirtió que “las temperaturas extremas representan una gran amenaza para la salud de las personas, la agricultura y el ambiente”.



Antes del 27 de junio, las temperaturas en Canadá nunca habían superado los 45°C.

“Se han batido tantos récords que es difícil hacer un seguimiento”, dijeron desde la organización dependiente de la Organización de Naciones Unidas.

El “domo de calor” no es un término meteorológico estrictamente definido, sino que se ha asociado con la descripción de grandes áreas de alta presión, lo que conduce a cielos despejados y a días calurosos y soleados. Cuanto más dure este patrón de alta presión, más larga será la ola de calor y las temperaturas pueden aumentar día a día.



Esta zona de alta presión es enorme: abarca desde California hasta los territorios árticos de Canadá y se extiende tierra adentro a través de Idaho.

Las ventas de aparatos de aire acondicionado y de ventiladores se han disparado y han surgido refugios de refrigeración. Algunos bares y restaurantes, e incluso una piscina, fueron considerados como demasiado calientes para funcionar.

David Phillips, climatólogo principal de Environment Canada (Ministerio de Ambiente del país), dijo: “Me gusta romper un récord, pero esto más que romperlos es pulverizarlos. Hace más calor en partes del oeste de Canadá que en Dubai”.

Los proveedores de energía de British Columbia dijeron que hubo un aumento en la demanda de electricidad para mantener funcionando los aires acondicionados.

Environment Canada dijo que la provincia de Alberta y partes de Saskatchewan, Yukón y los Northwest Territories también deberían estar en alerta.

En su advertencia, pronosticó una “ola de calor prolongada, peligrosa e histórica que persistirá durante esta semana”, con temperaturas de 10 a 15°C por encima de lo normal, cerca de 40°C en muchos lugares.

Consecuencias desastrosas

El jefe de gobierno de British Columbia, John Joseph Horgan, dijo que este intenso calor ha tenido “consecuencias desastrosas para las familias y las comunidades”.

Solo en Vancouver, se cree que el calor ha sido un factor que contribuyó a la muerte inesperada de 65 personas desde el 25 de junio.

Es probable que el número de muertes aumente pues algunas áreas aseguran que han respondido a incidentes de muerte súbita, pero aún no han recopilado las cifras.

”He sido oficial de policía durante 15 años y nunca había experimentado el volumen de muertes repentinas que se produjeron en un período tan corto”, dijo el sargento de policía Steve Addison.

El oficial agregó que la gente llegaba a las casas de sus familiares y los “encontraba muertos”.

“Nuestros agentes están al límite, pero estamos haciendo todo lo posible para mantener a la gente segura”, aseguró.

Por su parte, la forense jefe de British Columbia, Lisa Lapointe, dijo que se habían reportado en los cinco últimos días 486 muertes repentinas, tres veces la cifra usual, en medio de la ola de calor que azota la región.

”Si bien es demasiado pronto para decir con certeza cuántas de las muertes están relacionadas con el calor, es probable que el aumento significativo en las muertes reportadas (de 195% en comparación con otros años) sea atribuible al clima extremo que ha experimentado British Columbia y continúa afectando a muchas partes de la provincia”, dijo concretamente.

Meghan Fandrich, que vive en el pueblo de Lytton, a unos 250 km al este de Vancouver, indicó que ha sido “casi imposible” salir de su casa. “Es intolerable. Intentamos permanecer adentro tanto como sea posible. Estamos acostumbrados al calor, y es un calor seco, pero 30°C es muy diferente a 47°C”, señaló.

Muchas casas en el área no tienen aire acondicionado, ya que las temperaturas suelen ser mucho menores durante los meses de verano. Por eso, se han instalado fuentes de agua temporales y centros de enfriamiento en Vancouver.

Emergencia en Estados Unidos

En Estados Unidos la situación es similar: el 28 de junio las temperaturas alcanzaron los 46,1°C en Portland, Oregon, y los 42,2°C en Seattle, Washington, lo que ha causado al menos 80 muertes. Según el Servicio Meteorológico Nacional, esto representa los niveles más altos desde que comenzaron los registros en la década de 1940.

El Servicio Meteorológico Nacional de ese país calificó las condiciones de la ola de calor como “históricas” y dijo que persistirían durante la semana, “con numerosos récords diarios, mensuales e incluso históricos que probablemente se establezcan”.

Seattle y Portland, ciudades con climas famosos por sus lluvias, registraron las temperaturas más altas de su historia el 27 de junio. Portland rompió su récord anterior cuando las temperaturas alcanzaron los 44°C y Seattle hizo lo mismo cuando el mercurio alcanzó los 40°C, según el Servicio Meteorológico Nacional de Estados Unidos.

Oregon relajó las restricciones de asistencia impuestas ante la pandemia de COVID-19 para abrir piscinas y áreas con aire acondicionado como centros comerciales. Pero Seattle tuvo que cerrar una piscina debido a “temperaturas peligrosas e inseguras en la cubierta de la piscina”.

Los productores de frutas se han apresurado a recoger cosechas, por temor a que el calor pueda marchitar las frutas. Los recolectores comienzan al amanecer y se detienen a la hora del almuerzo cuando las temperaturas se vuelven insoportables.

El 27 de junio, las pruebas de clasificación olímpica de pista y campo de Estados Unidos tuvieron que detenerse en Eugene, Oregon, debido al calor y se pidió a la multitud que abandonara el estadio por razones de seguridad.

“Emergencia climática”

Autor: Roger Harrabin, analista de temas ambientales

No podemos decir con certeza que esta brutal tormenta de calor haya sido causada por las emisiones de la sociedad industrial, pero los científicos dicen que cada ola de calor que ocurre hoy es más probable y más intensa debido al cambio climático inducido por el hombre.

De hecho, los científicos han mejorado mucho vinculando eventos extremos con el cambio climático, como la ola de calor que golpeó Europa en 2019, que según los investigadores se hizo 100 veces más probable debido al dióxido de carbono.

Lo que es más preocupante es que estas temperaturas se han alcanzado con temperaturas globales solo 1,1°C por encima de la época preindustrial.

El Panel Intergubernamental sobre Cambio Climático considera que es probable que se superen los 1,5°C por encima de ese nivel en poco tiempo. Y a las tasas actuales superaremos un aumento de 2°C, y posiblemente más alto aún.

Sin embargo, China e India continúan construyendo nuevas centrales eléctricas de carbón. Y el G7 (Canadá, Francia, Alemania, Japón, Reino Unido y Estados Unidos) no ofrece una fecha para eliminarlas.

Reino Unido y otros todavía están perforando pozos para obtener más petróleo y gas que quemar, diciendo que serán necesarios hasta 2050.

Sin duda, parece una emergencia climática.

Algunos centros de vacunación contra la COVID-19 también cerraron por la misma razón.

En algunas áreas a lo largo de la costa es posible que las temperaturas bajen un poco en los próximos días, pero Boise, Idaho, podría ver una semana con temperaturas superiores a los 40°C. El Servicio Meteorológico Nacional dijo que partes del estado podrían sufrir “una de las olas de calor más extremas y prolongadas en la historia registrada del Inland Northwest, una región que abarca el oriente del estado de Washington y el norte de Idaho”.

Se recomendó a todos los ciudadanos que se mantengan hidratados, eviten actividades extenuantes y vigilen a los vecinos vulnerables.

Se cree que al menos una docena de muertes en Oregon y Washington están relacionadas con la ola de calor.

El médico de Seattle, Jeremy Hess, dijo que el número de pacientes que ingresan con insolación era comparable al comienzo de la pandemia de COVID-19.



En Portland (Oregon) establecieron centros donde la gente puede acudir a refrescarse.

Problemas renales o cardíacos, y hasta quemaduras de tercer grado por caminar sobre el asfalto en el caso de un hombre, son algunas de las dolencias con que estas personas han ingresado a los hospitales.

Además, el calor ha sido lo suficientemente intenso como para derretir cables. El servicio de tranvía de Portland, de hecho, tuvo que cerrar el 27 de junio debido a problemas operativos.

El Instituto Nacional de Salud de Colombia comunicó un segundo fallecimiento a causa del virus de rabia que se presentó en un adulto joven del municipio de La Argentina, Huila, quien fue remitido para atención urgente y días después falleció.

“Venimos desde el año anterior en Alerta Roja por el caso de rabia humana que se presentó en el municipio de Neiva, medida que se mantiene al notificarse este nuevo caso y que desde ya ha convocado el Consejo Departamental de Zoonosis para retomar las estrategias de contingencia”, expresó César Alberto Polanía Silva, secretario de Salud del departamento de Huila.

“Además, ya se han identificado las áreas de influencia en los municipios de La Argentina, La Plata, Tarqui y Oporapa para búsqueda activa de casos sospechosos del virus, definiendo foco y perifoco, donde será intensificada la vacunación antirrábica en animales domésticos, pero también en las personas que forman parte del cerco epidemiológico del caso confirmado”, señaló Polanía Silva.

La estrategia de vacunación antirrábica se viene desarrollando de manera permanente en el departamento de Huila; en lo que va de 2021 se han vacunado 47.763 animales domésticos incluyendo perros y gatos en las zonas urbana y rural.

Es importante recordar que la tenencia de las mascotas requiere responsabilidad, brindar condiciones de bienestar y salud porque conviven con miembros de la familia y están expuestos al virus si no se cumple con la vacunación.



Estados Unidos prohibió la importación de perros de más de 100 países durante al menos un año debido a un fuerte aumento en el número de cachorros importados al país con certificados de vacunación antirrábica fraudulentos.

“Estamos haciendo esto para asegurarnos de proteger la salud y la seguridad de los perros que se importan a Estados Unidos, así como para proteger la salud pública”, dijo la [Dra. Emily Pieracci](#), de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).

La pandemia provocó una oleada de adopciones de mascotas, incluidos cachorros, ya que los estadounidenses buscaron compañía mientras se refugiaban en sus hogares para protegerse de la COVID-19.

“Eso estuvo acompañado por un aumento en las importaciones de perros, junto con un aumento en el número de perros que ingresaron al país con certificados de rabia falsificados o fraudulentos”, dijo Pieracci. “Durante 2020, los CDC descubrieron que más de 450 perros llegaron a Estados Unidos con certificados de vacunación antirrábica falsificados o fraudulentos, un aumento de 52% en comparación con los dos años anteriores”.

“Al principio de la pandemia, los refugios se quedaron prácticamente sin animales, porque todo el mundo estaba adoptando cachorros. Por lo tanto, existe la posibilidad de que exista una correlación entre los refugios vacíos y una mayor demanda para comprar cachorros en el extranjero”, dijo.

“La prisa por satisfacer la creciente demanda puede haber atraído a los criadores sin escrúpulos a tomar atajos, especialmente en lugares tan abrumados por la pandemia que les costaba mantenerse al día con sus programas de vacunación contra la rabia”, dijo.

“Dado el impacto que la COVID-19 ha tenido en los programas de vacunación en todo el mundo, no estamos seguros de cómo será el panorama de la rabia en el futuro. Pero definitivamente nos preocupa que pueda haber un mayor riesgo de importar un perro rabioso,” agregó.

Cómo contraen la rabia los perros y las personas

[La rabia canina se eliminó en Estados Unidos en 2007](#), aunque los perros no vacunados mordidos por animales rabiosos (o que entran en contacto con su saliva) –como mapaches, zorriños o murciélagos, por ejemplo– [aún pueden contraer la enfermedad de esa manera](#). Actualmente, los perros de compañía en Estados Unidos se vacunan de forma rutinaria contra la rabia para protegerlos.

Pero la rabia sigue siendo una de las enfermedades más mortales que pueden transmitirse de animales a humanos en todo el mundo. “A nivel mundial, alrededor de 59.000 personas mueren de rabia cada año, el equivalente a aproximadamente una muerte humana cada nueve minutos”, dijo Pieracci. La rabia casi siempre es fatal una vez que [la persona comienza a experimentar síntomas](#).

Estados Unidos importa alrededor de un millón de perros cada año. Entonces, a partir del 14 de julio, los CDC prohibieron durante un año la importación de perros de [113 países conside-](#)

rados de alto riesgo para rabia. Los países son muy diversos, e incluyen a Brasil, China, Colombia, Corea del Norte, Kenya, Nepal, Rusia, Siria, Uganda y Vietnam.

“Lo que realmente estamos tratando de hacer es prevenir la reintroducción de la rabia en Estados Unidos de una fuente externa al país”, dijo Pieracci.

Los veterinarios elogiaron la decisión. “Si se introdujera una nueva cepa del virus de la rabia en Estados Unidos, solo sería cuestión de dónde se propagaría y qué tan rápido lo haría”, dijo el Dr. Douglas Kratt, presidente de la Asociación Médica Veterinaria Estadounidense.

Pero no todo el mundo está entusiasmado con la medida restrictiva de los CDC. “Si bien entendemos la necesidad de mantener seguros a los animales en Estados Unidos, nos preocupa que esta medida penalice a los dueños de mascotas responsables que adopten animales rescatados de otros países”, dijo Meredith Ayan, directora ejecutiva de la Sociedad Internacional para la Prevención de la Crueldad con los Animales (SPCA International).

“También hará que una gran cantidad de animales que viven en el extranjero y están sanos, sean sacrificados si no pueden viajar a Estados Unidos con sus dueños adoptivos. Estados Unidos ya cuenta con estrictos procedimientos de cuarentena y vacunación contra la rabia que han demostrado ser altamente eficaz durante muchos años para mantener a los animales en el país a salvo de la rabia, y alentamos a los CDC a que sigan haciéndolos cumplir”.

Algunas excepciones

Pieracci enfatizó que la prohibición será reevaluada en un año. Y mientras tanto, se pueden hacer excepciones caso por caso, como las de las personas que regresan a casa después de vivir en el extranjero.

“Reconocemos que habrá algunas personas que necesitarán traer un perro a Estados Unidos”, dijo Pieracci. “Por eso, los CDC han establecido un proceso mediante el cual las personas pueden solicitar un permiso para traer a su perro”.

“Y cualquiera que desee adoptar un perro no debería preocuparse. Los países prohibidos solo representan alrededor de 6% de todos los perros importados cada año. Y todavía hay muchos perros disponibles a nivel nacional para adopción”, dijo.

“Tenemos muchos perros disponibles que necesitan hogares maravillosos aquí en Estados Unidos”, dijo el Dr. Jerry Klein, director veterinario del American Kennel Club. “No debería haber necesidad de ir a países extranjeros para satisfacer la necesidad de hogares amorosos para perros y gatos en Estados Unidos”.

El riesgo para la mayoría de los cachorros que ya han sido adoptados durante la pandemia es probablemente bajo, dijeron los funcionarios de salud, y agregaron que cualquier persona preocupada por un cachorro debe consultar con un veterinario, quien puede realizar un análisis de sangre para verificar el estado de vacunación.

“Existe la posibilidad de que si se compró un cachorro en este periodo pandémico que vino del extranjero, de un país con alto riesgo de rabia, es posible que no haya sido vacunado adecuadamente contra la enfermedad”, dijo Pieracci. “Recomendamos a esas personas que un veterinario revise al animal, o tal vez simplemente que lo vuelvan a vacunar contra la rabia”.

En el primer semestre del presente año, la incidencia de dengue en República Dominicana disminuyó en 83% en relación a igual periodo del año 2020, mientras que la reducción de los casos de malaria es de 82% comparada con la del pasado año.

Los datos fueron revelados el 29 de junio por la Dirección General de Epidemiología (DIGEPI) en el boletín correspondiente a la semana epidemiológica (SE) 22.

En la SE 22 se notificaron 35 casos probables de dengue; de estos, 66% (23/35) son hombres; 63% (22/35) de los casos son menores de 19 años. En las últimas cuatro semanas (SE 19 a 22), se reportaron 122 casos, para un total de 588 casos hasta la SE 22, incluidas nueve defunciones (tasa de letalidad de 1,53%), que aún no han sido auditados por el Comité de Auditoría Clínica. La incidencia acumulada es de 13,08 casos cada 100.000 habitantes, lo que representa una disminución en la variación de la tasa de 83%, en comparación con el mismo periodo del año 2020.

En la SE 22 se confirmó un caso autóctono de malaria, correspondiente a un hombre de 46 años de edad, procedente del municipio de Santo Domingo Este. En las últimas cuatro semanas (SE 19 a 22), se reportaron 12 casos, para un total de 111 hasta la SE 22, incluida una defunción. La incidencia acumulada es de 2,47 casos cada 100.000 habitantes, para una reducción de 82% en comparación con el mismo periodo de 2020. Las provincias con mayor incidencia acumulada para este evento son: San Juan (16,1), Pedernales (6,65), El Seibo (5,0), Distrito Nacional (4,92) y Santo Domingo (4,88). El Ministerio de Salud Pública mantiene la búsqueda activa comunitaria de febriles, tratamiento e investigación de los casos identificados.

LA VANGUARDIA	AUSTRALIA ALERTA POR LEPTOSPIROSIS EN SYDNEY 30/06/2021
---------------	---

El Hospital Veterinario Collaroy Plateau, al norte de la ciudad de Sydney, compartió a través de sus redes sociales una alerta sobre un perro que había fallecido por leptospirosis.

El Dr. Lera, del hospital veterinario, emitió esta alarma para concientizar a los dueños de las mascotas que estén al día en las vacunaciones de sus perros, ya que esta enfermedad, en caso de haber percibido las dosis, es tratable.

“Los perros se infectan por entrar directamente en contacto con la orina de ratas infectadas o fuentes de agua contaminadas. Los primeros signos de infección en los perros generalmente no son específicos e incluyen vómitos, diarrea, letargo y fiebre, antes de progresar a falla hepática y renal”, indicó el médico veterinario.

La leptospirosis es una enfermedad bacteriana que tiene un gran potencial epidémico en zonas húmedas. La infección es causada por la bacteria *Leptospira*, que posee más de 200 variedades serológicas y que resulta un agente patógeno tanto para humanos como animales.

Los síntomas mediante los cuales se manifiesta esta enfermedad son infecciones renales crónicas y problemas en el hígado. Esto causa cuadros muy graves e incluso mortales. Además, es contagioso para los seres humanos, causándoles situaciones graves pero no con mortandad como la que se manifiesta en los perros.

Los humanos pueden contagiarse a través de cortes en zonas como los ojos, la nariz o la boca. Por otro lado, los síntomas que podrían manifestarse son fiebre, dolor muscular e irritación ocular. El tratamiento consiste en ingerir antibióticos.

El perro que falleció, para sorpresa del veterinario australiano, no había salido de su zona de residencia, por lo que podría ser el inicio de una posible epidemia ya que la fuente de infección se presume que está en la localidad cercana.

“Los perros se contagian a través del contacto directo con la orina de ratas infectadas, o con fuentes de agua contaminadas. La recomendación es que todos los perros sean vacunados contra la leptospirosis”, apuntó el sanitario.

Otra hipótesis que barajan los especialistas es que el brote de esta bacteria podría deberse a la plaga de ratas que se originó en el país en marzo pasado. Los pobladores apuntalan la responsabilidad del gobierno local en el asunto.

De este modo, el gobierno informó de 25 notificaciones de infecciones en humanos en marzo, el mayor número registrado en más de cuatro años, con otras 17 notificaciones en abril.

De 30 millones de casos a cero. Apenas siete palabras para resumir la noticia que la Organización Mundial de la Salud (OMS) anunció el 30 de junio: que China, el país más poblado del mundo, ha sido declarado libre de malaria, una pandemia que afecta anualmente a 200 millones de personas y que el último año mató a 400.000. “China, que era un país extremadamente pobre hace cinco décadas, con una población gigantesca y con un problema de malaria enorme, ha podido no solo desarrollarse económica y socialmente, sino sacar a 600 millones de habitantes de la pobreza con una combinación de determinación, de esfuerzo, de investigación y de apoyo multisectorial. Y todo eso ha contribuido a interrumpir la transmisión de la enfermedad en su territorio”, celebró el Dr. Pedro Luis Alonso Fernández, director del Programa Mundial de la Malaria de la OMS.



Dos estudiantes del internado Friendship Primary School, de la provincia china de Yunnan muestran las redes mosquiteras con las que se protegen del mosquito que transmite la malaria.

La OMS otorga a un país la certificación de que ha eliminado la malaria cuando este ha demostrado, con pruebas rigurosas y creíbles, que la cadena de transmisión autóctona por mosquitos *Anopheles* se ha detenido a nivel nacional durante al menos los últimos tres años consecutivos. Además, dicho país también debe demostrar que puede evitar el restablecimiento de la transmisión. Esto es lo que ha conseguido ahora China, donde en la década de 1940 se llegaron a registrar 30 millones de contagios anuales. El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, también alabó el esfuerzo del país para alcanzar una meta que solo ha llegado después de décadas de acción dirigida y sostenida, según describió. “Con este anuncio, China se une al creciente número de países que están mostrando al mundo que un futuro sin malaria es un objetivo viable”.

China es el primer país de la región de Asia Pacífico que consigue esta certificación en más de tres décadas. No ocurría algo así desde la década de 1980, cuando Brunei, Singapur y Australia se libraron de la enfermedad. A escala internacional, es el segundo que alcanza este hito en lo que va de año, después de que [El Salvador lo hiciera el pasado marzo](#), y el sexto en el último lustro, detrás de Argelia y [Argentina en 2019](#), y Uzbekistán y [Paraguay en 2018](#). En total, 40 países y territorios han obtenido esta certificación de la OMS. Otros 21 están cerca de lograrlo, calcula la [Iniciativa e2021](#) de esta organización.

La victoria de China se produce [en un momento de estancamiento](#) en la lucha global por acabar con la malaria, una enfermedad causada por parásitos del género *Plasmodium* que llegan al ser humano por la picadura de mosquitos infectados y que, de no tratarse, puede provocar la muerte. Aunque en 2019 los contagios y fallecimientos descendieron a un mínimo histórico, con 200 millones y 409.000 respectivamente, y aunque se han evitado 1.500 millones de infecciones y 7,6 millones de víctimas mortales en las últimas dos décadas, también es cierto

que el porcentaje de avance contra la enfermedad se ha ralentizado, según el [último informe de la OMS](#) al respecto, de noviembre de 2020.

Un esfuerzo sostenido durante más de 50 años

Entre las claves del éxito, y al igual que ocurrió con El Salvador, la OMS destacó la compenetración de los distintos sectores a lo largo de los años para controlar la enfermedad. “Lo primero y más importante ha sido la determinación del Gobierno de eliminar la malaria como elemento de la lucha contra la pobreza y el subdesarrollo, y esa política se ha sostenido a lo largo de décadas”, indicó Alonso.

La segunda clave ha sido involucrar a todo el Gobierno. “Esto no es solo un problema de la Comisión Nacional de Salud, sino que se ha implicado a ministerios en la mejora de las infraestructuras, de las condiciones de habitabilidad, de la electrificación, el transporte, el agua, el saneamiento... Lo que se llamaría una aproximación multisectorial”, puntualizó el responsable de la OMS.

Los 13 ministerios del país trabajan coordinados en la lucha contra la malaria y, en concreto, para lograr el cumplimiento estricto de la que llamaron Estrategia 1-3-7. En este programa, el 1 se refiere a que los centros de salud consigan notificar los casos de malaria en el plazo de un día; el 3 es porque al final del tercer día las autoridades sanitarias han tenido que poder confirmar el caso y determinar el riesgo de propagación. El 7 es por los siete días de plazo máximo en los que se deben haber tomado medidas adecuadas para evitar una mayor dispersión de la enfermedad.

El país asiático ha sido pionero a lo largo de las últimas décadas en esta batalla. “El elemento más desconocido, pero al que damos una importancia capital es la cultura de la investigación en desarrollo, la de buscar soluciones al problema”, destacó Alonso. Por ejemplo, con el Proyecto 523 iniciado en 1967, que fue un programa de investigación a nivel nacional para hallar nuevos tratamientos. Participaron más de 500 científicos de 60 instituciones que, unos años después, descubrieron la efectividad de la artemisinina, el compuesto principal de los medicamentos antimaláricos disponibles en la actualidad. Este descubrimiento valió [el primer Nobel de Medicina a una mujer china](#), la investigadora y líder del equipo Tu Youyou.

Otro paso importante se dio en la década de 1980, cuando China fue uno de los primeros países que utilizó mosquiteros tratados con insecticida, mucho antes de que la OMS lo recomendara. “Ya estaban experimentando con ello desde la década de 1970 y ya para finales de la de 1980 más de cinco millones de chinos estaban protegidos”, recordó Alonso. En 1988 ya habían distribuido 2,4 millones de unidades y esto condujo a una reducción sustancial de la incidencia de la enfermedad en las zonas donde se habían repartido. A fines de 1990, se había pasado de 30 millones de contagiados anuales a 117.000, y las muertes se habían reducido 95% de las 400.000 que contabilizaba entonces. Con el apoyo del Fondo Mundial de la Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria mantuvieron una estrategia de apoyo continuo a esta batalla que ha conducido al país a llevar más de cuatro años consecutivos, desde agosto de 2016, sin declarar casos autóctonos. Dos años antes, el país empezó a pagar todo su programa de eliminación de la malaria con recursos nacionales.

“Hubo un esfuerzo estatal de investigación y desarrollo, pero luego, incluso en los distritos más pequeños probaban con la administración masiva de fármacos, la combinación con el control vectorial... Y cuando no funcionaba, lo hacían distinto. Ha habido esa cultura de no quedarse simplemente en aplicar una solución, sino de preguntarse cómo se podía mejorar”, elogió Alonso.

Riesgos persistentes

Si bien China acabó con los casos autóctonos de malaria, los importados siguen preocupando, y especialmente en la provincia de Yunnan, pues hace frontera con tres países de alta carga endémica: Laos, Myanmar y Vietnam. Como resultado de los movimientos de población, la provincia registra alrededor de 300 casos importados cada año. Igualmente, la OMS señaló que el país también debe vigilar la importación de infecciones por parte de ciudadanos chinos que provengan de África Subsahariana, donde se produce 95% de la carga de todo el mundo.

Desafíos aparte, para Alonso no solo es importante reconocer el éxito de China, sino mostrarlo como el ejemplo a seguir para los países más rezagados en el control de la enfermedad. “Todos lo pueden lograr. Nigeria ahora tiene 60 millones de casos al año, la República Democrática del Congo tiene más de 20 millones y sí, será un trabajo a largo plazo, pero se puede lograr incluso en los países más difíciles”.

Los perros son conocidos como portadores asintomáticos de *Campylobacter jejuni*. El número de perros de compañía está aumentando notablemente en los últimos años, por lo que se hace necesaria una valoración del papel de los animales en la transmisión de esta enfermedad.

Para arrojar luz sobre la relevancia epidemiología del perro en este proceso, se ha realizado un estudio en Egipto que tuvo como objetivo investigar la frecuencia de la infección por *C. jejuni* en perros y humanos. *C. jejuni* es un microorganismo genéticamente diverso, predominantemente como resultado de la frecuente recombinación genética intra e inter especie.

Para conocer la epidemiología de *C. jejuni*, se utilizaron métodos de tipificación molecular con gran poder discriminatorio. Uno de ellos fue la secuenciación directa de productos de regiones variables cortas (SVR) amplificadas por PCR del gen A (flaA). Por lo tanto, en el estudio, se llevó a cabo una tipificación molecular de los genes de virulencia asociados a la bacteria, y del gen flaA-SVR.

Para llevar a cabo la investigación, se recogieron 152 hisopos fecales de perros (72) y de seres humanos (80), y se examinaron para la presencia de *C. jejuni*, así como los genes de patogenicidad. También se realizó la secuenciación del flaA para los aislados.

Tras la lectura de los resultados, la tasa de aislamiento de *C. jejuni* fue de 20,8% y 31,2%, en perros y seres humanos, respectivamente. Además, las secuencias flaA-SVR revelaron una alta identidad entre los aislados de humanos y perros (94,8%). También mostraron que el *C. jejuni* humano y de perro era similar a las cepas aisladas de fuentes avícolas.

En conclusión, este [estudio](#) demostró el análisis de secuencia comparativa del fragmento flaA-SVR de *C. jejuni* en perros y humanos, e indicó un alto porcentaje de identidad entre ellos. Los resultados sugieren que los perros reservorios de *C. jejuni* son un problema de salud pública alarmante y que son necesarias medidas higiénicas efectivas para las mascotas domésticas para [prevenir la zoonosis por *C. jejuni*](#).

Asimismo, estas investigaciones ponen de relevancia la indemorable necesidad de adaptar un enfoque 'Una Sola Salud' para hacer frente a los problemas de salud pública humana, estrechamente ligada a la salud del entorno en el que habitan.

Una reciente investigación muestra las combinaciones de síntomas más frecuentes en las personas que fueron infectadas por el SARS-CoV-2 en la primera ola epidémica en España, y analiza qué características tenían quienes pasaron la infección de forma asintomática.

El trabajo desarrolla un modelo predictivo del riesgo de infección por SARS-CoV-2 basado en síntomas, que puede facilitar la detección de casos en la población general en momentos y zonas con circulación activa del virus. Este trabajo se basa en la información del estudio nacional de seroprevalencia ENE-COVID, del que participaron más de 61.000 personas.

Los resultados señalan que casi 30 % de las infecciones por SARS-CoV-2 en España durante la primera ola de la pandemia fueron asintomáticas, y que fueron más frecuentes en áreas en las que la circulación del virus era menor. Hombres, personas jóvenes, ancianos y fumadores mostraron más infecciones asintomáticas que el resto de la población infectada.

El estudio se centra inicialmente en las casi 3.000 personas infectadas entre los más de 61.000 participantes del estudio ENE-COVID. Además de proporcionar cifras de prevalencia de infección según las características de los participantes (por ejemplo, según su índice de masa corporal o presencia de enfermedades crónicas como cáncer o patología cardiovascular), los investigadores prestaron una especial atención a la presencia o no de síntomas.

Un 28,7% de las infecciones fueron asintomáticas, con una proporción algo mayor en hombres (32%) que en mujeres (26%). Las infecciones asintomáticas fueron más frecuentes en las provincias menos afectadas por la pandemia (40%) y entre los infectados sin contacto con casos conocidos (41%). Por grupos de edad, la ausencia de síntomas es más frecuente en niños y jóvenes (45%), seguidos de las personas de mayor edad (36%).

Uno de los problemas del estudio de la COVID-19 es la poca especificidad de sus síntomas (dolor de cabeza, fiebre, tos, diarrea, etc.), que pueden deberse a muchas otras causas. En el ENE-COVID, cerca de 17.000 personas tuvieron síntomas que podrían ser compatibles con la infección por SARS-CoV-2, pero el estudio mostró que solo 10% de ellos tenían anticuerpos contra el virus. Por eso, en la segunda parte del artículo se describen las combinaciones de síntomas más habituales entre las personas que sí tienen anticuerpos.

Modelo predictivo basado en síntomas puntuables

Los expertos compararon a personas sintomáticas con y sin anticuerpos para desarrollar un modelo de puntuaciones capaz de predecir la presencia de infección por SARS-CoV-2, basado en los síntomas más asociados a enfermedad de acuerdo con los datos del estudio de seroprevalencia: 1 punto para la presencia de cansancio severo; 1 punto para la ausencia de dolor de garganta; 2 puntos para la presencia de fiebre, y 5 puntos a la pérdida súbita del olfato y/o del gusto (anosmia/ageusia).

Con este sencillo sistema de puntuación, el modelo permite detectar (cuando esta puntuación es igual o superior a 3) más de 70% de los casos de COVID-19 entre personas sintomáticas con una especificidad superior a 70%. Esta herramienta puede ser especialmente útil en entornos comunitarios y en atención primaria.

Un [análisis](#) de los nuevos diagnósticos y la incidencia de la infección por el VIH en hombres que practican sexo con hombres (HSH) en Inglaterra (Reino Unido) concluyó en que las nuevas infecciones dentro de este colectivo han disminuido más de dos tercios entre 2013 y 2018. Si dicha tendencia continua, las nuevas infecciones serán un evento muy poco frecuente para el año 2030, con 40% de probabilidades de llegar al objetivo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) marcado en, como máximo una infección anual cada 10.000 HSH, es decir, solo 80 diagnósticos por año en toda Inglaterra. El único aspecto negativo es que esta tendencia, observada claramente en los HSH más jóvenes, sería menos marcada en mayores de 45 años, que ahora presentan mayores tasas de nuevas infecciones y de infecciones sin diagnosticar que aquellos con edades comprendidas entre los 35 y los 45 años.

El hecho –ya observado en estudios previos– de que los HSH de mayor edad fueran el grupo con mayor riesgo de adquirir gonorrea y sífilis pone de manifiesto que una generación que a inicios de la década de 1990 fue muy precavida y enfocada en el sexo más seguro podría haber presentado cierta relajación y estar más expuesta en la actualidad al VIH que otras generaciones. Ello podría estar apuntando a la necesidad de programas de detección y seguimiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual específicamente dirigidas a estas personas.

El descenso en las nuevas infecciones –una tendencia no registrada en muchos países con situaciones similares a las de Inglaterra– podría deberse a una alta tasa de cribado entre HSH en riesgo de adquirir el VIH y, principalmente, al acceso universal al tratamiento antirretroviral tan pronto como la infección es diagnosticada. Dado que el pico de incidencia del VIH se observó en el año 2013, los efectos de la profilaxis preexposición (PrEP) todavía no pudieron influir en el descenso observado, aunque seguramente ayudarán a acelerar esta tendencia, favoreciendo el objetivo de la OMS y el ONUSIDA.

La incidencia real de una infección crónica como la causada por el VIH es un parámetro difícil de calcular, ya que los resultados positivos en las pruebas son una mezcla de los de personas recién infectadas y los de aquellas infectadas tiempo atrás que aún no habían sido diagnosticadas. Un aumento de las tasas de cribado ayuda a minimizar los diagnósticos tardíos y hace que, de mantenerse en el tiempo, las infecciones recientes vayan disminuyendo y la proporción de los diagnósticos de infecciones ya en fase crónica aumente (ya que van aflorando casos inicialmente no cribados que finalmente son detectados por el aumento de las tasas de cribado).

El estudio utilizó un complejo algoritmo que tenía en cuenta el recuento de CD4 en el momento del diagnóstico, la edad y las tasas de cribado en los diversos grupos de edad para establecer la posible fecha de infección para poder calcular la incidencia real de la infección por el VIH durante el estudio. El algoritmo, además, permitió proyectar la incidencia futura de la infección por el VIH.

El modelo halló que el pico de nuevas infecciones por el VIH en HSH tuvo lugar en la primera mitad de 2013. En aquel momento la incidencia anual era de 0,593%; es decir, un caso cada

169 HSH ingleses. Dicha incidencia disminuyó hasta 0,375% en 2015 y hasta 0,18% en 2018 (lo que supone una infección cada 556 HSH ingleses).

Estos hallazgos son claramente más favorables que los registrados en Estados Unidos, donde la incidencia era de 0,5% en 2016 y se mantiene estable desde entonces.

En términos de nuevas infecciones, entre 2013 y 2018 los casos anuales entre HSH ingleses cayeron en 69%, de 2.770 a 854.

Si la presente tendencia continua, la incidencia caería hasta 0,053% en 2023 y hasta 0,017% en el año 2030. Las incertidumbres existentes, como, por ejemplo, el efecto que la PrEP tendrá en la evolución de la incidencia, hace que los investigadores consideren que, aunque se podría alcanzar el objetivo del ONUSIDA y la OMS de menos de un caso cada 10.000 HSH, establecen la probabilidad de alcanzar dicho objetivo en un 40%.

El porcentaje de HSH ingleses con el VIH sin diagnosticar cayó de 1,7% en el periodo 2012-2015 hasta 0,74% en 2018. Ello supone que cada vez hay menos personas en la comunidad sin diagnosticar y tratar y, por tanto, menos personas que pueden transmitir el VIH.

El aspecto negativo de los hallazgos fue que el descenso de la incidencia del VIH observado en aquellos HSH de mayor edad fue menor que el registrado entre los más jóvenes. Así, entre 2013 y 2018 las nuevas infecciones cayeron 75% entre aquellos HSH con edades entre los 25 y los 34 años y solo 50% en mayores de 45 años. En la misma línea, el número de personas con el VIH sin diagnosticar cayó globalmente en 46%, pero solo 30% en mayores de 45 años.

Los hallazgos del presente estudio ponen de manifiesto los beneficiosos efectos de programas de cribado y tratamiento tras el diagnóstico para un adecuado control de la incidencia de la infección por el VIH, que, además, se verán, a buen seguro, beneficiados en los próximos años por los buenos niveles de implementación de la PrEP en Inglaterra. El hecho de que la tendencia observada sea menor en HSH de mayor edad hace necesaria la implementación de programas específicamente dirigidos a esos grupos de edad para que no se queden atrás y puedan verse beneficiados por dichas estrategias de salud pública en la misma medida que los HSH más jóvenes.



LA VARIANTE DELTA IMPULSA UNA OLA DE COVID-19 SIN PRECEDENTES EN ÁFRICA, Y AUMENTA LAS HOSPITALIZACIONES EN EUROPA

01/07/2021

La variante Delta está impulsando una agresiva tercera ola de COVID-19 en África, con los casos aumentando más rápido que en todos los picos anteriores, informó la Organización Mundial de la Salud el 1 de julio.

Delta se ha extendido a 16 países del continente y está presente en tres de las cinco naciones que actualmente informan la mayor cantidad de casos. La variante es 60% más transmisible que las demás.

Los casos han aumentado durante seis semanas consecutivas, 25% más la semana pasada, alcanzando 202.000 casos positivos, 90% del máximo pico de 224.000 en la ola previa. Las muertes también aumentaron en 15% en 38 países africanos, a casi 3.000.

Adultos jóvenes afectados

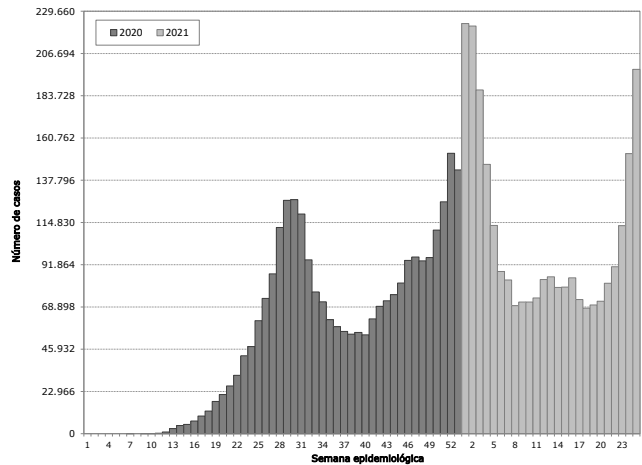
La variante Delta, inicialmente identificada en India, ahora es dominante en Sudáfrica, país que representó más de la mitad de los casos en el continente la semana pasada. Además, fue detectada en 97% de las muestras secuenciadas en Uganda y en 79% de las muestras de la República Democrática del Congo.

La variante también parece estar impulsando la enfermedad entre los adultos jóvenes según los expertos de la agencia de la Organización de Naciones Unidas. En Uganda, por ejemplo, se le atribuyen 66% de las enfermedades graves en personas menores de 45 años.

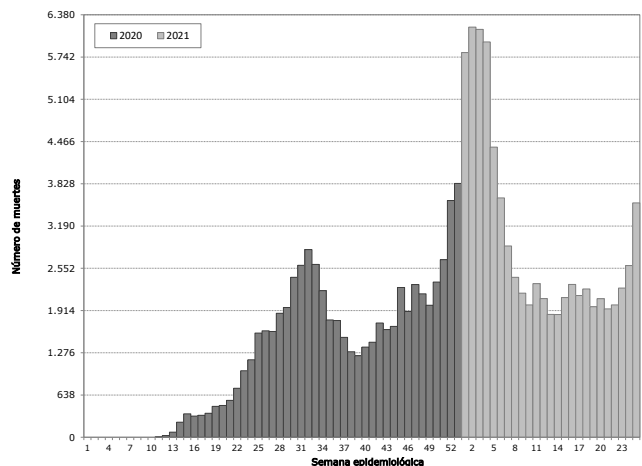
“La velocidad y la escala de la tercera ola de África no se parecen a nada que hayamos visto antes. La propagación desenfrenada de variantes más contagiosas lleva la amenaza a África a un nivel completamente nuevo. Más transmisión significa enfermedades más graves y más muertes, por lo que todos deben actuar ahora e impulsar las medidas de prevención para evitar que una emergencia se convierta en una tragedia”, aseguró la Dra. Matshidiso Moeti, directora regional para África de la OMS.

Alfa y Beta

Las variantes Alfa y Beta también se han informado en 32 y 27 países africanos respectivamente. Alfa se ha detectado en la mayoría de los países del norte, oeste y centro de África,



Casos confirmados. Países de África. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 25 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Muertes confirmadas. Países de África. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 25 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

mientras que Beta está más extendida en el sur. Ambas variantes son considerablemente más transmisibles que el virus original.

Además, con el aumento del número de casos y hospitalizaciones en todo el continente, la OMS estima que la demanda de oxígeno en África es ahora 50% mayor que en el pico de la primera ola hace un año.

Falta de vacunas

Hasta el momento se han aprobado ocho vacunas seguras y efectivas en la lista de uso de emergencia de la OMS, sin embargo, los envíos a África han disminuido.

“Mientras los desafíos de suministro continúan, compartir las dosis puede ayudar a cerrar la brecha. Estamos agradecidos por las promesas hechas por nuestros socios internacionales, pero necesitamos una acción urgente sobre las asignaciones. África no debe dejarse languidecer en medio de su peor ola hasta ahora”, añadió Moeti.

Solo 15 millones de personas están completamente vacunadas en el continente, apenas 1,2% de la población africana.

Delta puede ser dominante en Europa en agosto

Mientras tanto, en Europa, la disminución en los casos de COVID-19 por diez semanas consecutivas ha llegado a su fin.

El director regional de la agencia de salud de la ONU, Hans Kluge, informó que la semana pasada el número de casos aumentó en 10%, impulsado por el aumento de las variantes, los viajes, las reuniones y la flexibilización de las restricciones sociales.

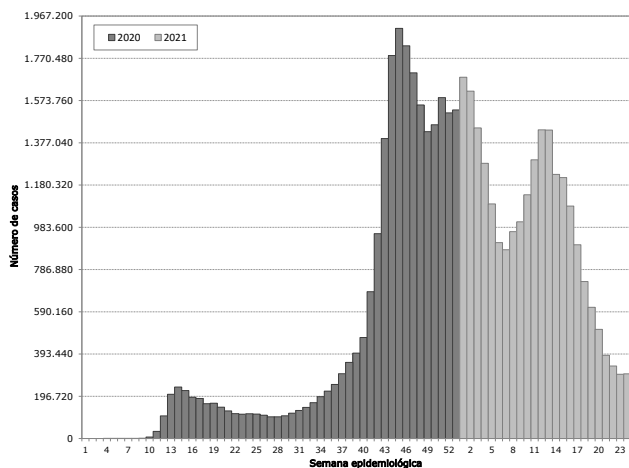
“Esto está teniendo lugar en el contexto de una situación que evoluciona rápidamente –una nueva variante de preocupación, la variante Delta– y en una región donde a pesar de los enormes esfuerzos de los Estados miembros, millones siguen sin vacunarse”, explicó.

Kluge informó que la variante Delta está superando a Alfa muy rápidamente y esto ya se está traduciendo en un aumento de hospitalizaciones y muertes.

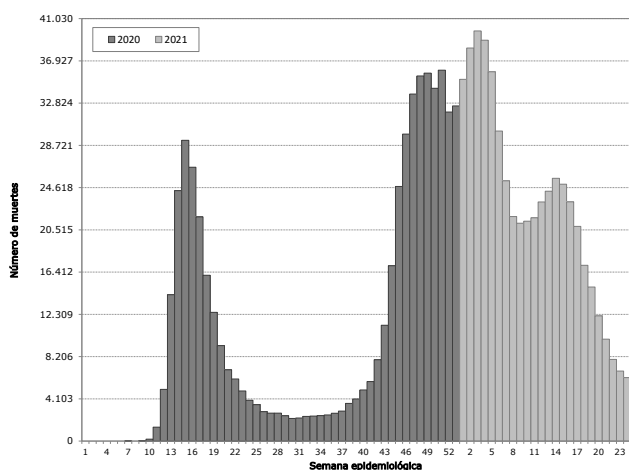
“Para agosto, Delta dominará la región de Europa que cubre la OMS”, subrayó el experto.

Nueva ola de muertes

Sin embargo, para agosto Europa no estará lo suficientemente inmunizada, con 63% de las personas todavía esperando su primera dosis, y la región seguirá aflojando en su mayoría las restricciones con un aumento de viajes y reuniones, advirtió Kluge.



Casos confirmados. Países de Europa. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 25 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud.



Muertes confirmadas. Países de Europa. De semana epidemiológica 1 de 2020 a 25 de 2021. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

“Por lo tanto, se cumplen las tres condiciones para una nueva ola de exceso de hospitalizaciones y muertes antes del otoño: nuevas variantes, déficit en la vacunación, aumento de la mezcla social. Habrá una nueva ola... a menos que sigamos siendo disciplinados”, dijo.

Las vacunas son efectivas

Kluge recordó que las vacunas son eficaces contra la variante Delta: “pero no una dosis, sino dos dosis”.

Agregó que las demoras en vacunarse cuestan vidas y causan daños a la economía, y cuanto más lentos sean los programas de vacunación, más variantes surgirán.

“Vemos que a muchos países les va bien, pero la verdad es que la cobertura promedio de vacunas en la región es solo de 24% y, lo que es más grave, la mitad de los ancianos y 40% de los trabajadores de la salud siguen desprotegidos. Eso es inaceptable”, dijo el experto, explicando que, con estas cifras, la pandemia no está ni cerca de acabarse.

“Y sería muy incorrecto que cualquiera, ciudadanos y legisladores, asumieran que así es”, concluyó.



Expertos en la enfermedad de Chagas alertaron el 30 de junio en Madrid sobre los peligros de la transmisión congénita de esta enfermedad, que consideran desatendida y que padecen millones de personas en el mundo, en un conversatorio organizado en la sede de la Academia Nacional de Medicina de España.

En la ponencia, académicos e investigadores de diferentes países, sobre todo de América Latina y España, destacaron que la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas supone un peligro para la salud pública global, ya que miles de mujeres en edad fértil pueden transmitir la enfermedad a su hijo.

El profesor y miembro de la Academia, Jorge Alvar Ezquerro, subrayó que aproximadamente entre “seis y siete millones de personas padecen esta enfermedad en América Latina”, y como mínimo “1.200.000 mujeres en edad fértil están infectadas, y ya hay unos 15.000 casos congénitos a nivel global”.

La Presidenta de la Fundación Mundo Sano, la doctora argentina Silvia Gold, dio a conocer la campaña “Ningún bebé con Chagas”, un programa para frenar la transmisión congénita de la enfermedad, y destacó que Argentina es el país con más infecciones por la enfermedad de Chagas del mundo.

“Sacar una enfermedad desatendida del silencio es muy complicado, por eso trabajamos en temas de comunicación”, dijo y añadió que si bien la enfermedad de Chagas “es iberoamericana, está ahora instalada en España por los lazos que nos unen”.

España es el país no endémico con más casos de esta enfermedad parasitaria, sumando unos 42.000 casos de los 80.000 que se han detectado en Europa, según detallaron los ponentes.

La Directora General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España, Pilar Aparicio Azcárraga, manifestó que “aunque no hay vector en España, debemos frenar la transmisión vertical”, ya que sí hay “unas 35.000 mujeres al año que pueden transmitir potencialmente” la enfermedad de madre a hijo.

Por su parte, el director de Medicamentos para Enfermedades Desatendidas, el Dr. Bernard Pécoul, explicó cómo la colaboración internacional entre organismos puede acelerar la investigación sobre la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas.

Pécoul puso como ejemplo del éxito el caso de Colombia, donde su organismo, en colaboración con el Ministerio de Salud, “logró un aumento de identificación de personas infectadas” en una zona con una alta prevalencia.

También el Dr. Luis Gerardo Castellanos, Jefe de Unidad de Enfermedades Desatendidas Tropicales de la Organización Panamericana de Salud (OPS), destacó que fruto de la colaboración internacional, en los últimos años “se redujeron a la mitad los potenciales infectados en América Latina, pasando de 120 millones a 60 millones”.

Además, el Dr. Sergio Sosa-Estani, de la Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi), anunció el deseo de su organización de “mantener el compromiso para seguir buscando tratamientos químicos que luchen contra la enfermedad”.

Sosa-Estani incidió en que las mujeres en edad fértil “son las pacientes que más hay que cuidar en la actualidad”, y se mostró optimista en el objetivo de lograr el control de la transmisión congénita de la enfermedad de Chagas.

Incluso antes de que las vacunas contra la COVID-19 estuvieran disponibles, se observaron diferentes niveles de [interés en la vacunación en Estados Unidos](#). Las poblaciones con menos interés en la vacunación se consideraron rápidamente reacias a las vacunas, y las campañas de salud pública se han centrado principalmente, y es comprensible, en llegar a las personas que dudan sobre la seguridad de las vacunas, los efectos adversos relacionados con ellas, o ambos. Si bien las dudas por las vacunas son un obstáculo importante, la suposición de que todos los segmentos de la población con poco interés en la vacunación dudan es un error.

La vacuna contra la COVID-19 es posiblemente el producto nuevo más importante de 2021, pero hasta hace poco, los esfuerzos por [promocionar las vacunas](#) no han abordado todas las implicaciones de comercializar un solo producto para una población grande y heterogénea. Desde una perspectiva de marketing, el desinterés en la vacunación de algunos segmentos de la población no es sorprendente y refleja los patrones típicos de adopción de una innovación en los que la mitad del mercado suele tardar en tomar una decisión. Esto parece ser una descripción del segmento considerable de la población que no ha participado en campañas públicas de vacunación.

Ahora se reconocen los desafíos de vacunar a toda una población, pero la sofisticación de las estrategias colectivas actuales de promoción de vacunas ha evolucionado más lentamente y se enfoca en aliviar las dudas sobre la eficacia y la seguridad de las vacunas. Sin embargo, para gran parte del 39% estimado de la población de Estados Unidos que actualmente no está vacunada o que, según se informa, [no planea recibir la vacuna lo antes posible](#), la apatía por la vacuna en lugar de una verdadera vacilación puede ser una dificultad importante, y abordar la apatía requiere un enfoque de comunicación diferente al de abordar la vacilación.

Las dudas ante la vacuna son una respuesta emocional/cognitiva consciente para evaluar los riesgos y beneficios de la vacunación. Por ejemplo, las personas negras o nativas americanas pueden tomar la decisión deliberada de “esperar y ver” sobre las vacunas en función de sus experiencias con el racismo sistémico en la atención médica. Por el contrario, la apatía por las vacunas es el desinterés que se caracteriza por actitudes débiles y que dedican poco tiempo a considerar la vacunación; las poblaciones caracterizadas por la apatía aún no han realizado la inversión psicológica necesaria para ser descritas como “con dudas”.

La apatía por las vacunas existe en todos los grupos socioeconómicos. Por ejemplo, los adultos menores de 25 años pueden percibir la vacunación como una tarea de baja prioridad dadas las percepciones de un regreso a la normalidad debido a la relajación de las restricciones por la COVID-19, considerando que los trabajadores pobres de mediana edad pueden verse

abrumados por otros factores estresantes diarios de mayor prioridad, como la inseguridad alimentaria o las responsabilidades familiares. El modelo de probabilidad de elaboración (ELM) de marketing proporciona una caracterización formal de las subpoblaciones en función de los niveles de participación en las decisiones, por lo que la participación se refiere a la motivación del tomador de decisiones para participar activamente en el procesamiento de información relevante para la elección. Aquellos que dudan son tomadores de decisiones altamente involucrados; mientras que los apáticos son tomadores de decisiones con escasa participación. Es importante destacar que las estrategias de comunicación más eficaces para influir en estos dos grupos difieren notablemente.

El tamaño de las poblaciones apáticas a las vacunas es difícil de determinar por las mismas razones por las que las encuestas de intención de voto pueden ser poco fiables. El sesgo de deseabilidad social (la tendencia a responder a las preguntas de manera normativamente apropiada) hace que las personas se avergüencen de informar sobre su indiferencia hacia la atención médica preventiva. Dada la atención de los medios sobre las dudas sobre la vacuna, algunas personas pueden explicar el desinterés en términos de la vacuna (seguridad, método de desarrollo, eficacia) más que en términos personales (falta de preocupación, desinterés por la salud/fatalismo). Las encuestas de actitud actuales sobre la COVID-19 no incluyen respuestas que indiquen claramente apatía (por ejemplo, “Esto no me concierne” o “Simplemente no me interesa”). Una posible representación de esta apatía es una encuesta del Pew Research Center a 10.121 personas, realizada en febrero de 2021, que informó que de 30% (3.036) de los adultos estadounidenses que indicaron que probable o definitivamente no se vacunarán, 42% dijo “No creo que la necesite” como una de las principales razones de su decisión.

Persuadir a los apáticos

El ELM es un marco sólido de persuasión de doble vía promocionado como una de las teorías de marketing más importantes jamás publicadas. Argumenta que lo que persuade a las personas difiere según su nivel de participación en la decisión. El ELM muestra un fenómeno contradictorio; cuanto menos involucrada está una persona con una elección, menos persuadida está por argumentos sólidos basados en apelaciones lógicas o datos precisos (la apelación central del modelo). Las apelaciones centrales son efectivas con receptores de alta participación, pero las personas con poca participación están más persuadidas por apelaciones rápidas, pegadizas, afectivas o de gran tamaño (las apelaciones periféricas del modelo).

Con poca motivación para participar en el esfuerzo de procesar un argumento, la ruta periférica se basa en cambio en señales de argumento rápidas y fáciles de procesar. La información se procesa de manera rápida, instintiva y predispuesta a utilizar entradas como emociones y heurísticas. Las personas con poca participación buscan una respuesta correcta, pero lo hacen mediante un proceso cognitivo menos intenso. En una emergencia de atención médica, es difícil para los médicos y los expertos en comunicación dejar de lado el material que encuentran más convincente y crear mensajes que parecen débiles. Pero diferentes elementos pueden hacer que estos débiles mensajes periféricos sean efectivos para dar forma a las decisiones para esta población.

Origen del mensaje

Un elemento del mensaje procesado por todos los tomadores de decisiones es la pregunta de cuál es la fuente. Sin embargo, las diferentes características de la fuente son más convincentes para la ruta periférica; de hecho, para este grupo, esas características pueden ser más importantes que la evidencia que proporciona la fuente. Las personas con poca participación

prefieren fuentes muy agradables que desencadenan sentimientos positivos. La experiencia en fuentes se puede juzgar por señales de autoridad rápidas (por ejemplo, fama, riqueza, bata blanca) en lugar de una evaluación cuidadosa del currículum de una fuente. Las señales rápidas que indican confiabilidad son importantes, como la similitud con la del destinatario en el grupo o comunidad autopercebida, donde la membresía confiere un sentido de identidad (a menudo basado en raza, religión, política, profesiones, intereses, estilos de vida o grupos más pequeños representados por una intersección de estos factores) o si una fuente ha proporcionado buena información en el pasado. Para las personas apáticas a las vacunas, la fuente de mensaje correcta requiere una consideración cuidadosa y puede no ser el experto principal (por ejemplo, el Dr. Anthony Stephen Fauci) que los tomadores de decisiones más involuacrados pueden favorecer; los ejemplos pueden incluir celebridades aspiracionales conocidas por su propia salud y fuerza (p. ej., figuras del deporte como Nick Saban o Kareem Abdul-Jabbar) o que se preocupan por la salud de los demás (p. ej., Oprah Winfrey o Dolly Parton).

Características del mensaje

¿Cómo deben elaborarse los mensajes periféricos para promover la vacunación, como anuncios de servicio público, campañas en las redes sociales o anuncios publicitarios? Tanto las características del diseño del mensaje (p. ej., tipo de información, diseño, imágenes) como la modalidad del mensaje (p. ej., impresión, video, audio) son importantes. Para el diseño, la mensajería periférica es eficaz cuando atrae la atención y requiere un esfuerzo cognitivo relativamente bajo para procesar. Dichos mensajes pueden usar colores brillantes, emoción, humor, información sensorial y eslóganes pegadizos. Los mensajes periféricos se benefician de elementos novedosos (como aparecer en un lugar atípico o utilizar un medio inusual) o argumentos novedosos. Los canales de los mensajes (es decir, donde aparece el mensaje) deben llegar a las personas en los lugares cotidianos porque es poco probable que los consumidores con poca participación se desvíen de su camino para ver o buscar información sobre vacunas. Los mensajes periféricos están intencionalmente limitados en términos de datos y no deben fomentar el procesamiento de mensajes, pero pueden remitir a las personas a información más detallada en otros lugares que se presenta de manera muy participativa; de esta manera, algunos tomadores de decisiones pueden pasar de una participación baja a una participación alta.

Conceptos de apatía vs antivacunación

La apatía no es sinónimo de conceptos contra la vacunación. Las personas apáticas respecto de las vacunas pueden tener actitudes débilmente negativas hacia las vacunas en general, pero estas actitudes no son las actitudes sostenidas y muy defendidas que caracterizan a las personas con posiciones antivacunas. Debido a que las poblaciones antivacunas tienen una alta participación en las decisiones sobre este tema (y, por lo tanto, son consumidores ávidos de información errónea que respalda su decisión), los mensajes periféricos que pueden persuadir a quienes son apáticos sobre las vacunas contra la COVID-19 no serán efectivos para abordar esta alta participación de los grupos negacionistas. Estas dos poblaciones no deben considerarse al mismo tiempo al diseñar campañas de promoción de vacunas.

En la próxima ola de promoción de vacunas, la atención a las poblaciones de baja participación (los “apáticos de las vacunas”) y el desarrollo de mensajes específicos de promoción de vacunas para ayudar a superar la apatía de las vacunas puede ser un elemento crítico para lograr los objetivos nacionales de vacunación.

Arte y pandemia



COVID Art Museum (@covidartmuseum).

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.