



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

9 de febrero de 2021

Contexto

El 31 de diciembre de 2019, la República Popular China notificó un grupo de casos de neumonía de etiología desconocida, identificados posteriormente el 9 de enero de 2020 como un nuevo coronavirus por el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades. El 30 de enero de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el actual brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII). El 11 de febrero, la OMS nombró a la enfermedad COVID-19, abreviatura de "enfermedad por coronavirus 2019" (COVID-19) y el Comité Internacional sobre la Taxonomía de los Virus (ICTV por sus siglas en inglés) anunció "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2)" como el nombre del nuevo virus que causa COVID-19. El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarada una pandemia por el Director General de la OMS y el 31 de julio el Director General de la OMS declaró que el brote de COVID-19 sigue constituyendo una ESPII. Aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y lo presentó los Estados Parte como recomendaciones temporales en virtud del Reglamento Sanitario Internacional RSI (2005)¹. El 9 de julio de 2020 el Director General de la OMS anunció la puesta en marcha del Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias, que evaluará de manera independiente y exhaustiva las enseñanzas extraídas de la respuesta sanitaria internacional a la COVID-19².

La sexta reunión del Comité de Emergencias, convocada por el Director General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI) sobre la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19), se celebró el jueves 14 de enero de 2021³.

¹ Declaración sobre la cuarta reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en: <https://bit.ly/3bVZYVZ>

² Anuncio de la evaluación independiente de la respuesta mundial a COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3bli4aC>

³ Declaración acerca de la sexta reunión del Comité de Emergencias del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19). Disponible en: <https://bit.ly/3aSizkf>

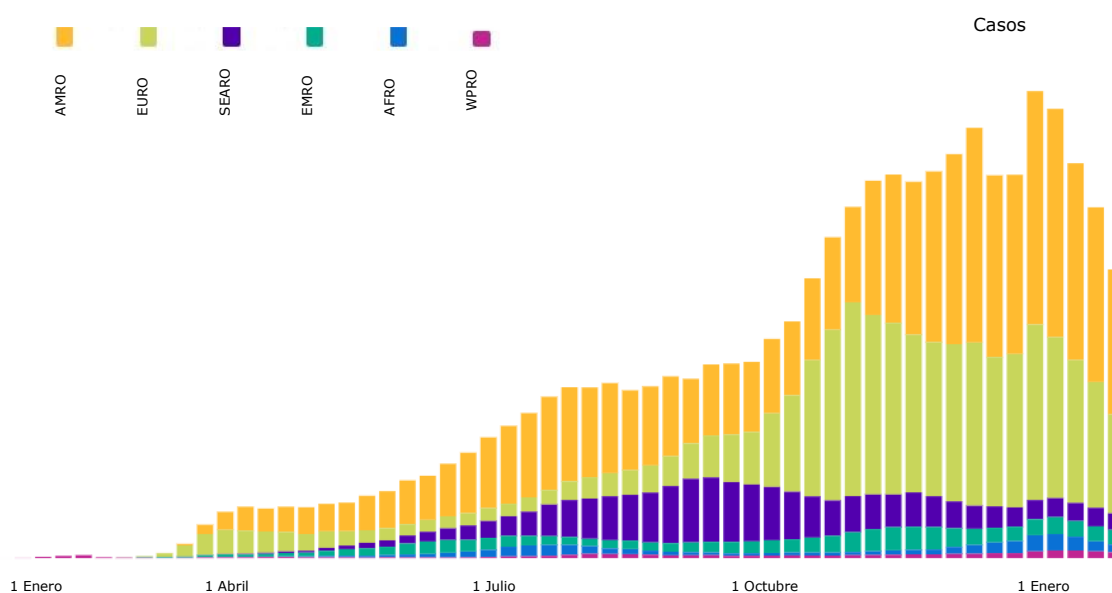
Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 8 de febrero de 2021, fueron notificados 105.658.476 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 2.309.370 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 14.166.078 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 329.863 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2021⁴.

Del total de casos confirmados acumulados a nivel global, 30% fueron notificados entre mediados de diciembre (Semana epidemiológica (SE) 51) de 2020 y fines de enero (SE 4) de 2021 (**Figura 1**), mientras que el 30% de las defunciones, fueron notificadas entre inicios de diciembre (SE 50) de 2020 y fines de enero (SE 4) de 2021 (**Figura 2**).

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 8 de febrero, las regiones de la OMS de las Américas y de Europa, representan 79% del total de casos y 81% del total de defunciones. (**Figura 3**).

Figura 1. Distribución de casos confirmados acumulados de COVID-19, por regiones de la OMS. Enero de 2020 a enero 2021.

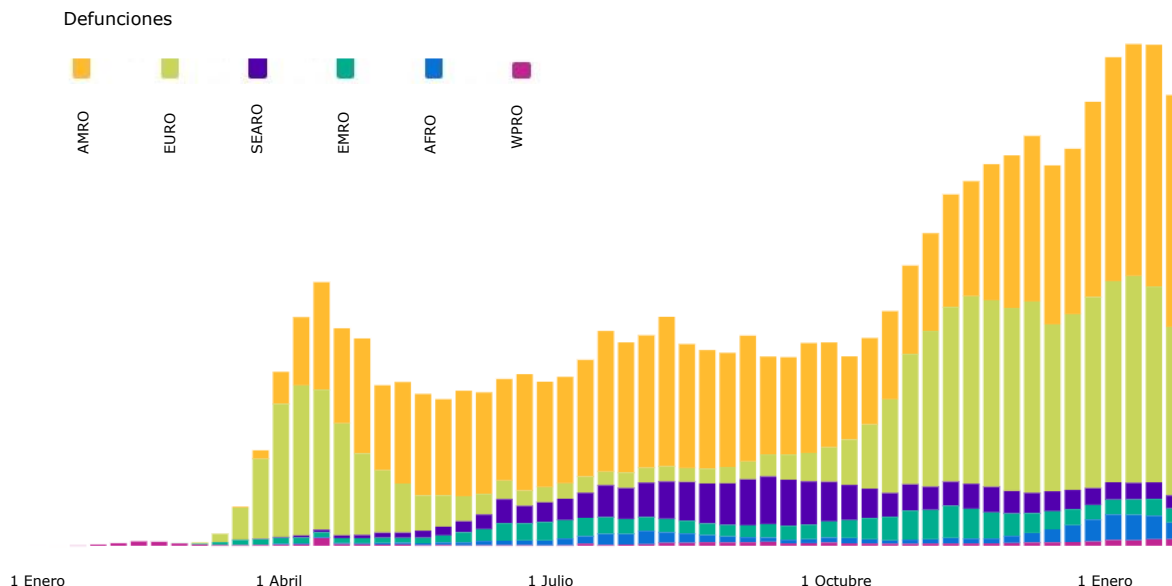


Oficinas regionales de la OMS: AMRO: Región de las Américas - SEARO: Región de Asia Sudoriental - EURO: Región de Europa - EMRO: Región del Mediterráneo Oriental - AFRO: Región de África - WPRO: Región del Pacífico Occidental

Fuente: Tablero de datos de la OMS. COVID-19 al 8 de febrero de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 8 de febrero de 2021.

⁴ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 15 de enero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3nPciKD>

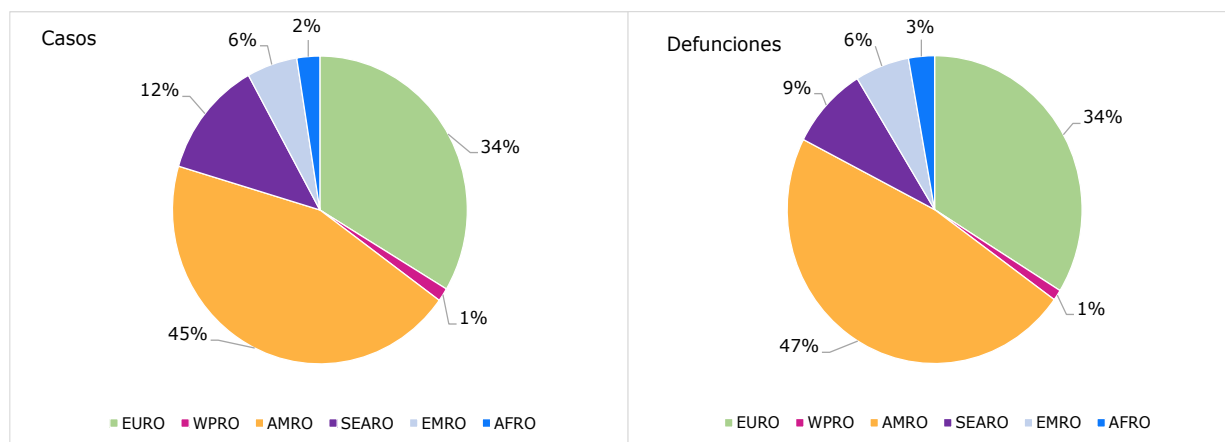
Figura 2. Distribución de defunciones confirmadas acumuladas de COVID-19, por regiones de la OMS. Enero de 2020 a enero 2021.



Oficinas regionales de la OMS: AMRO: Región de las Américas - SEARO: Región de Asia Sudoriental - EURO: Región de Europa EMRO: Región del Mediterráneo Oriental - AFRO: Región de África - WPRO: Región del Pacífico Occidental

Fuente: Tablero de datos de la OMS. COVID-19 al 8 de febrero de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 8 de febrero de 2021.

Figura 3. Distribución de casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19, por regiones de la OMS. Enero de 2020 a enero 2021.



Oficinas regionales de la OMS: AMRO: Región de las Américas - SEARO: Región de Asia Sudoriental - EURO: Región de Europa EMRO: Región del Mediterráneo Oriental - AFRO: Región de África - WPRO: Región del Pacífico Occidental

Fuente: Tablero de datos de la OMS. COVID-19 al 8 de febrero de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 8 de febrero de 2021.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Los 56 países y territorios de la Región de las Américas⁵ han notificado casos y defunciones de COVID-19. Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2020³ hasta el 8 de febrero de 2021, fueron notificados 6.574.308 casos confirmados de COVID-19, incluidas 158.356 defunciones adicionales en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 14% de casos y de 14% de defunciones, cifras inferiores a las observadas en el periodo diciembre 2020-enero 2021.

En las subregiones de América del Norte⁶ y América Central⁷, se observó el mayor incremento de casos durante el último trimestre del año 2020 (octubre-diciembre), mientras que en las subregiones de América del Sur⁸ y de las Islas del Caribe y del Océano Atlántico⁹ el mayor aumento se observó en el tercer trimestre (julio-septiembre de 2020).

Por otra parte, si se consideran sólo los meses de diciembre de 2020 y enero de 2021, en todas las subregiones hubo un incremento de casos siendo el menor en la subregión de América del Norte, con un 0,5% y el mayor en las Islas del Caribe y del Océano Atlántico (29,5%). En las otras subregiones, los incrementos entre esos dos meses fueron de 26,2% en América del Sur y 6,2% en América Central.

Cuando el periodo de observación de la tendencia se disminuye a los últimos 7 días, al considerar la situación en la subregión de las Islas del Caribe y del Océano Atlántico 6 países y territorios (Aruba, Islas Caimanes, Islas Falklands/Malvinas, Jamaica, San Bartolomé y San Vicente y las Granadinas), aumentaron en más del 60% en el número de casos confirmados, con un rango entre 62% y 1.433%; mientras que en solo 3 países: Cuba, República Dominicana y Suriname hubo aumento de las defunciones confirmadas en 26%, 8% y 40%, respectivamente y en la mayoría de los países y territorios de esta subregión se observó un descenso en el número de casos confirmados, situación que habrá que monitorear con cautela (**Tabla 1**).

⁵ Información actualizada sobre COVID-19, incluidos los informes de situación, las reuniones informativas semanales para la prensa y el sistema de información sobre COVID-19 para la región de las Américas, se encuentra disponible en: <https://bit.ly/3ihSWM1>.

⁶ Canadá, Estados Unidos de América y México.

⁷ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

⁸ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

⁹ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, las Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, la República Dominicana, las Islas Malvinas, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, Saba, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, San Eustaquio, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tobago, Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

Tabla 1. Tendencia observada de casos y defunciones acumuladas por COVID-19 en países y territorios de las Islas del Caribe y del Océano Atlántico en los últimos 7 días, hasta el 8 de febrero de 2021.

País/Territorio	Casos			Defunciones			# Casos acumulados recuperados	Tipo de transmisión
	Tendencia del promedio móvil de 7	# Casos acumulados	% de cambio en 7 días	Tendencia del promedio móvil de 7	#Defunciones acumuladas	% de cambio en 7 días		
Anguila		17	-100%		7	-100%	12	Esporádica de casos
Antigua y Barbuda		316	148%		7	-100%	189	Esporádica de casos
Aruba		7,223	6%		62	0%	6,834	Comunitaria
Bahamas		8,289	11%		176	-100%	6,837	Conglomerado de casos
Barbados		1,709	4%		18	0%	1,400	Comunitaria
Bermuda		692	-80%		12	0%	670	Esporádica de casos
Bonaire		368	-83%		3	0%	360	Comunitaria
Islas Caimán		405	114%		2	0%	368	Esporádica de casos
Cuba		33,484	2%		240	26%	27,594	Comunitaria
Curazao		4,613	-24%		21	-100%	4,535	Comunitaria
Dominica		121	0%				110	Esporádica de casos
República Dominicana		224,119	-9%		2,843	8%	168,627	Comunitaria
Islas Falkland [Malvinas]		48	167%				29	Esporádica de casos
Guyana Francesa		16,296	-63%		79	0%	9,995	Comunitaria
Granada		148	0%		1	0%	146	Esporádica de casos
Guadalupe		9,302	46%		159	0%	2,242	Comunitaria
Guyana		7,982	-1%		180	0%	6,966	Conglomerado de casos
Haití		11,908	5%		246	-50%	9,177	Comunitaria
Jamaica		17,298	98%		358	-57%	12,318	Comunitaria
Martinica		6,521	10%		45	-100%	98	Comunitaria
Montserrat		17	0%		1	0%	11	Esporádica de casos
Puerto Rico		96,161	-27%		1,888	-10%	84,983	Comunitaria
Saba		6	0%				6	Esporádica de casos
San Bartolomé		425	1433%				94	Esporádica de casos
San Cristóbal y Nieves		40	-33%				38	Esporádica de casos
Santa Lucía		2,027	17%		19	0%	917	Comunitaria
San Martín		1,377	-10%		12	0%	598	Comunitaria
San Pedro y Miquelón		24	-100%				23	Conglomerado de casos
San Vicente y las Granadinas		1,283	62%		4	0%	415	Comunitaria
San Eustaquio		20	0%				20	Esporádica de casos
San Martín (Sint Maarten)		1,936	-35%		27	0%	1,783	Comunitaria
Suriname		8,671	-39%		161	40%	8,020	Comunitaria
Trinidad y Tabago		7,616	-43%		135	0%	7,266	Comunitaria
Turcas y Caicos		1,695	-12%		9	-100%	1,319	Conglomerado de casos
Islas Vírgenes Británicas		141	-100%		1	0%	131	Conglomerado de casos
Islas Vírgenes de los Estados		2,466	-44%		24	0%	2,371	Comunitaria
Total		474,764			6,733		366,502	

Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Aspectos destacados

I. Variantes de SARS-CoV-2

La aparición de mutaciones es un evento natural y esperado dentro del proceso de evolución de los virus. Desde la caracterización genómica inicial del SARS-CoV-2, este virus se ha dividido en diferentes grupos genéticos o clados. De hecho, algunas mutaciones específicas definen los grupos genéticos virales (también denominados linajes) que circulan actualmente a nivel global. Por diversos procesos de microevolución y presiones de selección, pueden aparecer algunas mutaciones adicionales, generando diferencias al interior de cada grupo genético (denominadas variantes). Es importante mencionar, que las denominaciones de clado, linaje, variante, etc., son arbitrarias y no corresponden a una jerarquía taxonómica oficial.

Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 9 de febrero de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 501.000 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 8 de febrero de 2021, 37 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 113.050 genomas del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero 2020 y febrero 2021. Los países y territorios que han contribuido son: Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Belice, Bermuda, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Guadalupe, Guatemala, Guyana Francesa, Jamaica, México, Panamá, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Eustaquio, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

La capacidad de monitorear la evolución viral casi en tiempo real tiene un impacto directo en la respuesta de salud pública a la pandemia de COVID-19.

Existe una comprensión, cada vez mayor, de cómo datos de secuenciación genómica (GSD por sus siglas en inglés) ayudan a mejorar las acciones de salud pública; por lo cual se insta a expandir la capacidad de secuenciación en la Región. Actualmente, la capacidad de secuenciación y los datos no se distribuyen uniformemente en todo el mundo, con una representación sesgada del SARS-CoV-2 GSD de países de ingresos altos. Este sesgo, debe considerarse cuando se evalúa la presencia o ausencia en una variante determinada en un lugar y su frecuencia relativa.

A nivel mundial y desde el punto de vista de la salud pública, han generado preocupación las siguientes tres variantes de SARS-CoV-2: variante VOC 202012/01, linaje B.1.1.7, variante 501.V2, linaje B.1.351 y variante P.1, linaje B.1.1.28, respecto de las cuales se continúan las evaluaciones de la evidencia disponible con relación a la transmisibilidad, la gravedad, las capacidades de neutralización de anticuerpos y los impactos potenciales sobre la efectividad de las vacunas contra la COVID-19. Así también, se evalúa y monitorea la detección de otras mutaciones con potencial impacto en la salud pública.

Variante VOC 202012/01, linaje B.1.1.7

El 14 de diciembre de 2020, las autoridades del Reino Unido notificaron a la OMS una variante denominada por el Reino Unido como SARS-CoV-2 VOC 202012/01. Esta variante contiene 23 sustituciones de nucleótidos y no está relacionada filogenéticamente con el virus SARS-CoV-2 que circulaba predominantemente en el Reino Unido en el momento en que se le detectó. La fecha más antigua de colección de una muestra confirmada con esta variante en el Reino Unido es el 20 de septiembre de 2020. Se desconoce cómo y dónde se originó.

Hasta el 2 de febrero de 2021, 80 países y territorios de las seis regiones de la OMS han notificado casos importados o transmisión comunitaria de la variante VOC 202012/01¹⁰. Al 8 de febrero, 17 países/territorios en la región de las Américas han notificado esta variante.

Variante 501.V2, linaje B.1.351

El 18 de diciembre de 2020, las autoridades nacionales de Sudáfrica anunciaron la detección de una nueva variante del SARS-CoV-2 que se estaba extendiendo rápidamente en tres provincias del país. Sudáfrica ha denominado a esta variante 501Y.V2, debido a una mutación N501Y. Si bien la variante VOC 202012/01 también tiene la mutación N501Y, el análisis filogenético ha demostrado que 501Y.V2 detectada en Sudáfrica es una variante diferente.

Hasta el 2 de febrero de 2021, 41 países de cuatro de las seis regiones de la OMS han notificado casos de la variante 501Y.V2¹⁰. Al 8 de febrero, 4 países en la región de las Américas han notificado esta variante.

Variante P.1, linaje B.1.1.28

El 9 de enero de 2021, Japón notificó a la OMS sobre una nueva variante del SARS-CoV-2, B.1.1.28 (inicialmente informada como B.1.1.248), detectada en cuatro viajeros procedentes de Brasil. Esta variante, no está relacionada de manera cercana a las variantes SARS-CoV-2 VOC 202012/01 ni a la variante 501Y.V2. El 13 de enero de 2021, investigadores de Brasil informaron que esta variante se había identificado desde diciembre de 2020 en Manaus, estado de Amazonas, Brasil¹¹.

Hasta el 2 de febrero de 2021, 10 países de cuatro de las seis regiones de la OMS han notificado casos de la variante P.1, linaje B.1.1.28¹⁰. Al 8 de febrero, 4 países en la región de las Américas han notificado esta variante.

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 8 de febrero de 2021, solo Estados Unidos de América ha notificado la detección de las tres variantes mencionadas en los párrafos precedentes, Argentina y Canadá dos de ellas. El resto de los países y territorios ha notificado solo una de las variantes. **(Tabla 2).**

¹⁰ OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 2 de febrero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3d02iwp>

¹¹ Faria N, Morales I, Candido D. Genomic characterization of an emergent SARS -CoV-2 lineage in Manaus: preliminary findings. Disponible en: <https://bit.ly/3a4n22X>

Tabla 2. Detección de las variantes SARS-CoV-2 VOC 202012/01, 501Y.V2 y P.1, linaje B.1.1.28 Región de las Américas, diciembre 2020 al 8 de febrero de 2021.

País	VOC 202012/01	501Y.V2	P.1
Argentina	Si	No	Si
Aruba	Si	No	No
Barbados	Si	No	No
Brasil	Si	No	Si
Canadá	Si	Si	No
Chile	Si	No	No
Colombia	No	No	Si
Cuba	No	Si	No
Curazao	Si	No	No
Ecuador	Si	No	No
Estados Unidos de América	Si	Si	Si
Jamaica	Si	No	No
Martinica	Si	No	No
México	Si	No	No
Panamá	No	Si	No
Perú	Si	No	Si
República Dominicana	Si	No	No
Santa Lucía	Si	No	No
Trinidad y Tabago	Si	No	No
Uruguay	Si	No	No

Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

II. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más)

El envejecimiento se caracteriza por una disminución progresiva y heterogénea de la reserva fisiológica de todos los sistemas de órganos, aunque a diferentes ritmos que variarán en diferentes individuos. Se produce una reducción funcional y de la capacidad de reparación. El mayor riesgo de la pérdida de la reserva funcional está exacerbado por la mayor prevalencia de enfermedades coexistentes¹², condiciones que aumentan a medida que avanza la edad, lo que lleva a una mayor adquisición de infecciones, dejando a los adultos mayores como uno de los grupos más vulnerables a perder la vida a causa de la COVID-19. Es así como en la mayoría de los países, se ha observado que el grupo de personas de 60 años y más presentan tasas de mortalidad específica por edad muy por encima del grupo etario de 59 años y menos. Es de esperar que, con la determinación de que este grupo etario

¹² Navaratnarajah A, Jackson S. The physiology of ageing. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2012.10.009>

sea prioritario para recibir las vacunas contra la COVID-19, su tasa específica de mortalidad disminuya

Una de las formas de medir el impacto de la pandemia de COVID-19 en las personas de 60 y más años (adultos mayores), es a través de las tasas de mortalidad específica.

Se presenta a continuación los datos en países y territorios para los cuales se dispone de información (**Tabla 3**).

Tabla 3. Proporción de población, de casos acumulados, de defunciones y de tasas de mortalidad específica por COVID-19 y grandes grupos de edad. Países y territorios seleccionados, región de las Américas, año 2020.

Indicador	Grupo etario	Aruba	Bahamas	Curazao	Suriname
% Población general	≤ 59 años	78	88	75	82
	≥60 años	22	12	25	12
% Casos	≤ 59 años	84	86	85	89
	≥60 años	16	14	15	11
% Defunciones	≤ 59 años	14	46	17	32
	≥60 años	86	54	83	68
Tasa de mortalidad específica por 1.000 habs.	≤ 59 años	0,08	0,25	0,02	0,07
	≥60 años	1,85	2,08	0,37	1,23

Notas:

Los datos de población utilizados se obtuvieron de las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2K3RaC2>

* Los datos corresponden a casos y defunciones ocurridos en 2020. Hay diferencias en la fecha que cada país/territorio ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países/territorios hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Los datos presentados en la tabla 3, no son comparables¹³; sin embargo, se pueden observar los siguientes aspectos:

- La proporción de población de adultos mayores, varía en un rango entre 11 y 25%.
- La proporción de casos de COVID-19 en adultos mayores está en un rango de 12% a 16%.
- La proporción de defunciones por COVID-19 en adultos mayores, es mayor a 50% en (rango 54% a 86%)
- Las tasas específicas de mortalidad en las personas 60 años y más superan a las tasas específicas de mortalidad de las personas menores de 60 años en un rango entre 8 y 23 veces.

¹³ Debido a que las fuentes sobre la población general son diferentes, las tasas no fueron ajustadas y el período de tiempo analizado corresponde al año 2020, tampoco son los mismos, debido a las diferencias entre la detección del primer caso de COVID-19 y el último caso informado en 2020.

III. COVID-19 durante el embarazo

En un estudio publicado en la revista Lancet, fueron estimadas las defunciones adicionales tanto maternas como las de niños menores de 5 años, como resultado de la posible interrupción de los sistemas de salud y la disminución del acceso a los alimentos debido a la pandemia de COVID-19 en 118 países de ingresos bajos y medios. Fueron modelados tres escenarios hipotéticos y se estimaron las muertes adicionales para un solo mes y fueron extrapoladas para 3, 6 y 12 meses, con el uso de la herramienta "Lives Saved Tool".

En el escenario hipotético menos severo (reducciones de cobertura entre 9,8% y 18,5% y aumento de la emaciación del 10%) durante 6 meses, daría lugar a 253.500 defunciones infantiles adicionales y 12.200 defunciones maternas adicionales. Mientras que en el escenario más severo (reducciones de cobertura entre 39,3% y 51,9% y aumento de emaciación del 50%) durante 6 meses, resultaría en 1.157.000 defunciones infantiles adicionales y 56.700 defunciones maternas adicionales.

En los tres escenarios, la cobertura reducida de cuatro intervenciones realizadas durante el parto (administración parenteral de uterotónicos, antibióticos y anticonvulsivos, y entornos de parto limpios) representaría aproximadamente el 60% de defunciones maternas adicionales. Con relación a las defunciones infantiles adicionales, el aumento de la prevalencia de emaciación representaría entre el 18% y el 23% de estas defunciones adicionales y la cobertura reducida de antibióticos para el tratamiento de la neumonía y la sepsis neonatal y la reducción de la solución de rehidratación oral para la diarrea, juntas representarían alrededor del 41% de las defunciones infantiles adicionales¹⁴.

Aunque las estimaciones este estudio se basan en escenarios hipotéticos, vale la pena considerarlos, a la hora de tomar decisiones.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 8 de febrero de 2021, fueron notificadas 156.988 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 940 defunciones (1%) en 19 países para los cuales se dispone de información (**Tabla 4**), cifra que representa un incremento de 17.972 casos nuevos y 138 nuevas defunciones, al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2021⁴. Usando la misma comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados y en las defunciones se observó en Guatemala.

¹⁴ Roberton T, Carter E D, Chou V B, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. Lancet Glob Health 2020; 8: e901–08. May 12, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30229-1](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30229-1)

Tabla 4. Número acumulado de mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV-2, número acumulado defunciones y tasa de letalidad, por país. Región de las Américas, enero de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Argentina	8.698	45	0,52
Bahamas	16	1	6,25
Bolivia	1.946	31	1,59
Belice**	103	2	1,94
Brasil	5.381	289	5,37
Chile	7.322	1	0,01
Colombia	7.695	58	0,75
Costa Rica	393	3	0,76
Cuba	230	0	0,00
Ecuador	1.738	25	1,44
El Salvador	269	9	3,35
Estados Unidos de América	64.075	74	0,12
Guatemala	1.834	22	1,20
Haití**	76	4	5,26
México ^{&}	13.059	266	2,04
Panamá ^{&}	1.289	7	0,54
Paraguay	692	1	0,14
Perú ^{&}	41.403	76	0,18
República Dominicana	323	19	5,88
Uruguay**	82	0	0,00
Venezuela	364	7	1,92
Total	156.988	940	0,60

Notas:

* El 8 de febrero de 2021 corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización desde la publicación de la Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus COVID-19, publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2021⁴.

[&] Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

IV. COVID-19 en pueblos indígenas

Desde enero de 2020 hasta el 8 de febrero de 2021, se notificaron 339.137 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 4.743 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 14 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 5**), lo que representa 35.043 casos confirmados, incluidas 337 defunciones adicionales con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2021⁴.

Tabla 5. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Bolivia**	3.485	151
Brasil	42.102	558
Canadá	17.201	169
Colombia	34.484	1.070
Ecuador	4.937	194
Estados Unidos de América	178.681	N/D
Guatemala	11.176	341
Guyana**	95	6
México**	13.565	1.965
Panamá**	2.841	53
Paraguay	264	25
Perú	28.916	160
Suriname	529	23
Venezuela	861	28
Total	339.137	4.743

Notas:

N/D: datos no disponibles

* El 8 de febrero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 15 de enero de 2021⁴.

Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud, Agencias de Salud, Organizaciones indígenas o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

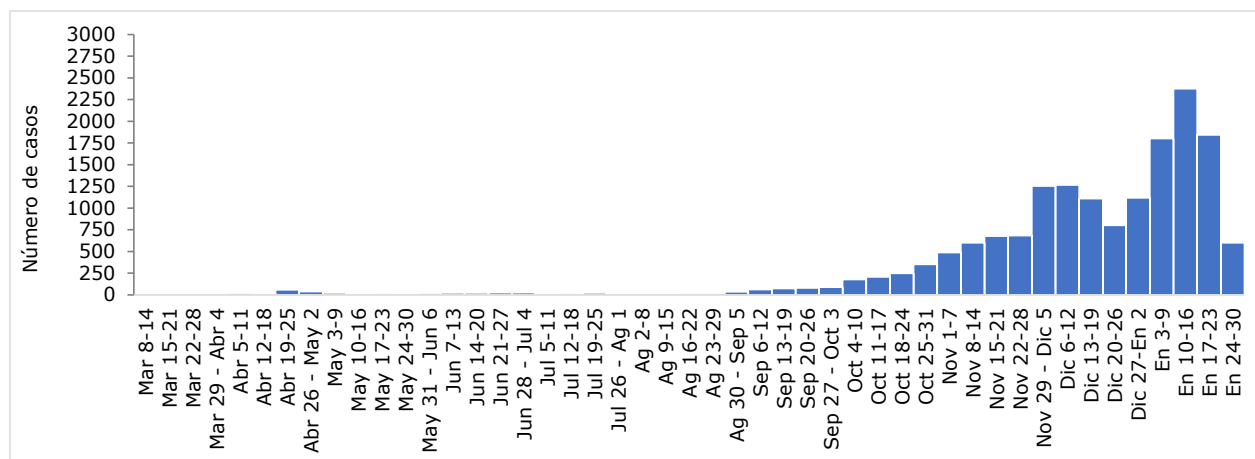
A continuación, se destaca la situación epidemiológica de COVID-19 en pueblos indígenas en Canadá.

En **Canadá**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19¹⁵ hasta el 2 de febrero de 2021, fueron notificados 17.201 casos confirmados de COVID-19 en pueblos indígenas, incluidas 169 defunciones. Del total de casos confirmados, 14.920 se han recuperado (87%). Las provincias de Manitoba (4.595 casos) y Saskatchewan (4.493 casos), contribuyen con 53% del total de casos confirmados.

¹⁵ 25 de enero de 2020

Del total de casos confirmados, las mujeres representan 50,4% y en ese mismo total de casos, los grupos etarios de 20 a 39 y de 40 a 59 agrupan 55%.

Figura 4. Distribución de casos confirmados de COVID-19 en pueblos indígenas de Canadá, por fecha de notificación. 8 de marzo de 2020 a 30 de enero de 2021.



Fuente: Datos publicados por el Gobierno de Canadá¹⁶ y reproducidos por la OPS/OMS

En Canadá, se observa un incremento sostenido en el número de casos de COVID-19 notificados en pueblos indígenas desde principios de octubre, con un leve descenso hacia fines de diciembre para volver a incrementarse en enero, con cifras mayores a las observadas en los periodos previos (**Figura 4**).

Hasta el 19 de enero de 2021, la tasa de notificación de casos de COVID-19 en pueblos indígenas de Canadá era 40% más alta que la tasa en población canadiense¹⁶.

¹⁶Gobierno de Canadá. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>, accedido el 3 de febrero de 2021.

V. Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19¹⁷

El 15 de mayo de 2020, la OMS publicó un Informe científico¹⁸ sobre el síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19 en respuesta a los informes recibidos inicialmente de Europa y América del Norte sobre grupos de niños y adolescentes que requerían ingreso a unidades de cuidados intensivos con una enfermedad inflamatoria multisistémica con algunas características similares a las de la enfermedad de Kawasaki y el síndrome de choque tóxico. El SIM se ha caracterizado como una enfermedad aguda acompañada de un síndrome hiperinflamatorio, que conduce a insuficiencia multiorgánica y shock. Si bien la base de conocimientos científicos sobre SIM continúa evolucionando, se ha observado una asociación temporal de este síndrome con COVID-19.

Desde mediados de mayo de 2020 al 8 de febrero de 2021, fueron notificados 3.015 casos confirmados acumulados de SIM que coinciden cronológicamente con la COVID-19, incluidas 84 defunciones (**Tabla 6**) por 17 países y territorios de la región de las Américas. Esta cifra, representa un incremento relativo de 9% en casos (278 casos adicionales) y 7% en defunciones (7 defunciones adicionales), respecto de la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2021⁴.

Por otra parte, durante el mismo periodo, 25 países / territorios han informado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM.

En la medida que aumentan los casos de SIM, es importante que cada país/territorio caracterice los casos¹⁹, con el fin de contribuir a cerrar las brechas en la información, favoreciendo la actualización de las medidas de manejo clínico y respuesta.

¹⁷ Definición preliminar de caso de la OMS. Disponible en: <https://bit.ly/35DFncX>

Niños y adolescentes de 0-19 años con fiebre cuantificada por personal sanitario o por un familiar por ≥ 3 días **Y al menos dos** de los signos siguientes:

- a) Exantema, conjuntivitis bilateral no purulenta o inflamación mucocutánea (boca, manos o pies)
- b) Hipotensión arterial o estado de choque
- c) Manifestaciones de disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias (datos ecocardiográficos o elevación de troponina o NT-proBNP)
- d) Signos de coagulopatía (TP o TPT anormales, dímero d elevado)
- e) Problemas digestivos agudos (diarrea, vómitos o dolor abdominal)

Y

Elevación de marcadores de la inflamación tales como la VES, la proteína C reactiva o la procalcitonina

Y

Ausencia de una causa microbiana evidente de inflamación, como la septicemia bacteriana o los síndromes de choque estafilocócico o estreptocócico

Y

Signos de COVID (resultado positivo de RCP-RT, prueba de antígenos o prueba serológica) o probable contacto con enfermos de COVID.

Nota: Considérese este síndrome en niños con manifestaciones de la enfermedad de Kawasaki típica o atípica o de síndrome de choque tóxico.

¹⁸ Disponible en: <https://bit.ly/3mw35XY>

¹⁹ Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>

Tabla 6. Casos acumulados confirmados y defunciones de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas. Mayo de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	112	1
Brasil	646	41
Canadá	23	0
Chile	151	2
Costa Rica	27	0
Colombia	3	0
Cuba	3	0
Ecuador	8	0
El Salvador	18	0
Estados Unidos de América	1.811	26
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	5	1
Paraguay	52	5
República Dominicana	103	5
Total	3.015	84

Nota:

* El 8 de febrero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

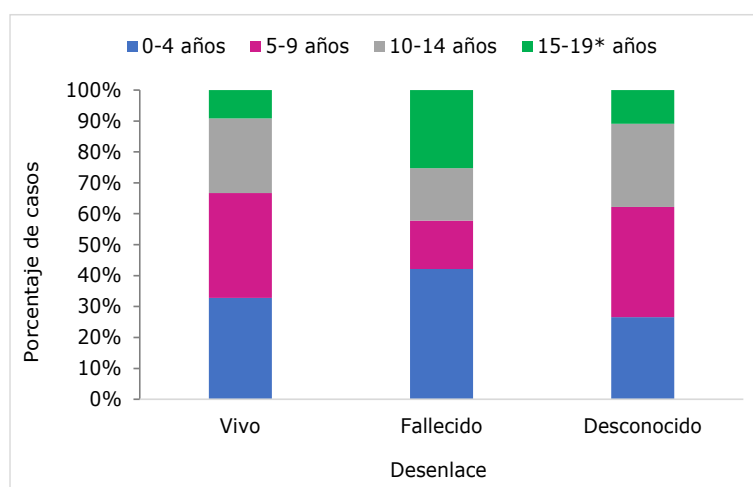
Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

A continuación, se presenta una breve descripción de la situación epidemiológica de SIM en las Américas.

Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo (n=2.906), 66% tenían entre 0 y 9 años al momento de enfermarse (grupo etario de 0 a 4 años 32% y grupo etario de 5 a 9 años 34%) y sólo 10% estaba en el grupo etario entre 15 y 19 años*. Con relación a la distribución por sexo, 57% de los casos son hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 83 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad (n=83), la mayor proporción de fallecidos se observa en el grupo etario de 0 a 4 años (42%), seguido del grupo de 15 a 19 años* (25%) (**Figura 5**).

Figura 5. Distribución porcentual de casos de SIM en las Américas. Mayo de 2020 al 8 de febrero de 2021.



Nota:

* Los Estados Unidos de América incluye también en este grupo, las personas de 20 años.

Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

VI. COVID-19 en trabajadores de la salud

Hasta el 2 de febrero, fueron notificados a la OMS 37 millones de casos de COVID-19 en trabajadores de la salud de 183 países y territorios, cifra que representa 36% del total de casos a nivel global. La mediana de edad de estos casos fue de 42 años (rango intercuartílico de 27 a 60 años) y el 68% eran mujeres.

En una de las revisiones sistemáticas encargadas por la OMS, fueron identificados 37 estudios en los cuales se evaluó la asociación de infección por SARS-CoV-2 en trabajadores de la salud, destacando los siguientes²⁰:

- Las infecciones por SARS-CoV-2 ocurrieron entre los trabajadores de la salud en varios roles (clínicos o no clínicos) y departamentos / entornos (incluidos los entornos de atención ambulatoria y no COVID-19).
- No hubo diferencias consistentes en el riesgo de infección según títulos de trabajo, incluso entre enfermeras en comparación con los médicos, que representaron los roles más comúnmente notificados.
- No se encontró asociación entre sexo o edad y riesgo de infección o seropositividad por SARS-CoV-2.

²⁰ OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 2 de febrero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/36FjtIG>

- Los trabajadores de la salud afroamericanos e hispanos tenían un mayor riesgo de infección por SARS CoV-2.
- La educación y la capacitación en prevención y control de infecciones se relacionaron con un menor riesgo de infección por SARSCoV-2.
- Se encontró que ciertas exposiciones, como las que involucran intubaciones, otros procedimientos que generan aerosoles, el contacto directo con el paciente o el contacto con secreciones corporales, se asocian con un aumento del riesgo de infección en comparación con una exposición menos intensiva o directa; aunque la evidencia fue inconsistente, probablemente relacionada con factores de confusión como los relacionados con la disponibilidad, distribución y uso de EPP.
- Evidencia sobre la asociación entre la infección del trabajador de salud y el uso de medidas individuales de EPP (mascarillas, guantes, bata, protección para los ojos) y la higiene de las manos era limitada. Sin embargo, la mayoría de los estudios encontraron que la disponibilidad y el uso apropiado de EPP recomendado por las autoridades locales estaba asociado con una disminución del riesgo de infección por SARS-CoV-2. La evidencia sobre el uso de respiradores N95 o FFP2 versus mascarillas médicas / quirúrgicas no fue concluyente y se limitó a dos estudios observacionales inconsistentes.
- Tres estudios encontraron que el uso universal de mascarillas en los establecimientos de salud se asoció con un menor riesgo de infección por SARS-CoV-2 en los trabajadores de la salud²⁰.

Desde enero de 2020 hasta el 8 de febrero de 2021, 30 países y territorios han seguido notificando casos y defunciones confirmadas en trabajadores de salud.

De acuerdo con la información disponible sobre datos revisados sobre casos confirmados y defunciones, la información provista por 17 países de las Américas, indica que se han notificado 1.316.076 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 6.668 defunciones en trabajadores de la salud desde enero de 2020 al 8 de febrero de 2021 (**Tabla 7**).

Tabla 7. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	75.317	446
Bahamas	223	3
Brasil	457.686	480
Chile	52.241	102
Colombia	39.241	201
Costa Rica	7.974	25
Ecuador	11.038	114
El Salvador	6.609	71
Estados Unidos de América	393.104	1.347
Guatemala	9.141	84
Jamaica	471	2
México	219.180	2.996
Paraguay	7.836	43
Perú**	30.675	589
República Dominicana	541	16
Suriname	529	23
Uruguay	2592	5
Venezuela	1.678	121
Total	1.316.076	6.668

Nota:

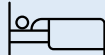
* El 8 de febrero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS sigue reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas de gestión y protección contra COVID-19 y reitera las recomendaciones contenidas en las Alerta y Actualizaciones epidemiológicas de la COVID-19 disponibles en: <https://bit.ly/3jFrDqf>

A continuación, se lista una serie de enlaces a guías, informes científicos y otros recursos publicados por la OPS/OMS y la OMS.

Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos 	Manejo Clínico 
Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/30zjmCj Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/33AsZCL	Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3li6wQB Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/3i8IJR
Laboratorio 	Prevención y control de infecciones 
Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d3TJ1g Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/2LgllNX	Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d2ckuV Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/3oARxDH
Preparación crítica y respuesta 	Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras 
Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ljWHBT Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/3i5rNN6	Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ivDivW Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/3i5rNN6
Escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones 	Otros recursos
Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d66iJO Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/3i5rNN6	Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/33zXgRQ Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mq y https://bit.ly/3i5rNN6

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 15 de enero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3nPciKD>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 2 de febrero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/36FtiG>
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **El Salvador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos** (U.S. CDC por sus siglas en inglés). COVID-19 durante el embarazo, disponible en: <https://bit.ly/2SWWyYT>
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos** (U.S. CDC por sus siglas en inglés). Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños, disponible en: <https://www.cdc.gov/mis-c/>
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Jamaica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Republica Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
18. Ministerio de Salud Pública de **Uruguay**. Informe epidemiológico COVID-19 del 3 de enero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3agpyJl>
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.