



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

9 de noviembre de 2020

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.

Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 8 de noviembre de 2020, se han notificado 49.578.590 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 1.245.717 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 11.874.437 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 166.688 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre de 2020³.

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/3bVZVYZ>

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

³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 15 de octubre de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3IOJHo3>

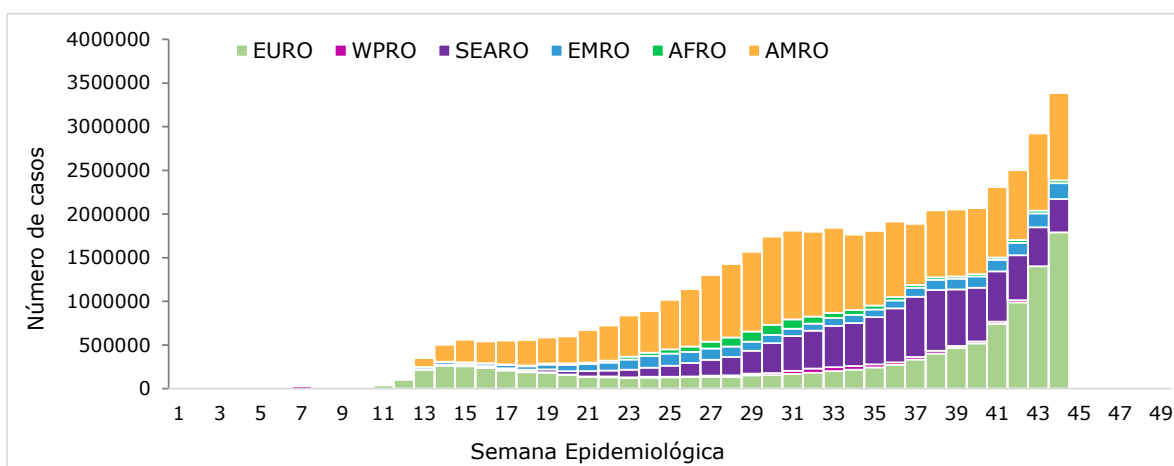
Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 9 de noviembre de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020

Organización Panamericana de la Salud • www.paho.org • © OPS/OMS, 2020

Al 8 de noviembre de 2020, del total de casos confirmados acumulados a nivel global, las regiones de la OMS de las Américas y de Europa, representan 70% del total de casos y 78% del total de defunciones. Con la región de las Américas aportando 43% del total casos (21.370.015 casos) y 53% del total de las defunciones (654.512 defunciones) y la región de Europa que representa 26% del total de casos (13.135.548) y 25% del total de defunciones (311.336 defunciones).

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre de 2020³, la región de Europa presenta el incremento relativo de casos y defunciones más alto con 6.026.767 casos adicionales (46%), incluidas 62.838 defunciones (20%) (**Figura 1**).

Figura 1. Distribución de casos confirmados acumulados de COVID-19, por regiones de la OMS y semana epidemiológica (SE). SE 1 a 44 de 2020.



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 de la COVID-19 al 8 de noviembre. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 8 de noviembre de 2020.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Los 54 países y territorios de la Región de las Américas⁴ han notificado casos y defunciones de COVID-19. Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre de 2020³ hasta el 4 de noviembre de 2020, fueron notificados 592.561 casos confirmados de COVID-19, incluidas 54.832 defunciones adicionales en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 14,3% de casos y de 8,5% de defunciones.

En las últimas 7 semanas (entre el 16 de septiembre y el 4 de noviembre) en todas las subregiones se observó un incremento relativo, tanto en el número de casos como en el número de defunciones (**Figuras 2 y 3**). En América Central⁵ se observó el mayor incremento, con 30,7 % de aumento en casos y 24,9% de aumento en defunciones. El resto de las subregiones, incrementaron de la siguiente manera, en orden decreciente: América del Norte⁶ con 29,8 % de incremento en casos y 17,6% de incremento en defunciones, las Islas del Caribe y del Océano Atlántico⁷ con 29,7% de aumento en casos y 24,4% de aumento en defunciones y América del Sur⁸ con 26,1% de aumento en casos y 22,3% aumento en defunciones

En este mismo período de 7 semanas, Bahamas, Belice, Bonaire, San Eustaquio y Saba⁹, Curazao, Dominica, Guadalupe, Guyana, Jamaica, Martinica, Paraguay, San Bartolomé y Santa Lucía presentaron un incremento relativo de casos confirmados mayor a 50% (rango 52,0% a 80,8%). Respecto de las defunciones, Argentina, Bahamas, Belice, Bonaire, San Eustaquio y Saba¹⁴, Costa Rica, Guadalupe, Guyana, Jamaica, Paraguay y San Martín presentaron un incremento relativo $\geq 50,0\%$ (rango 50,0%% a 80,5%).

⁴ 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>

⁵ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

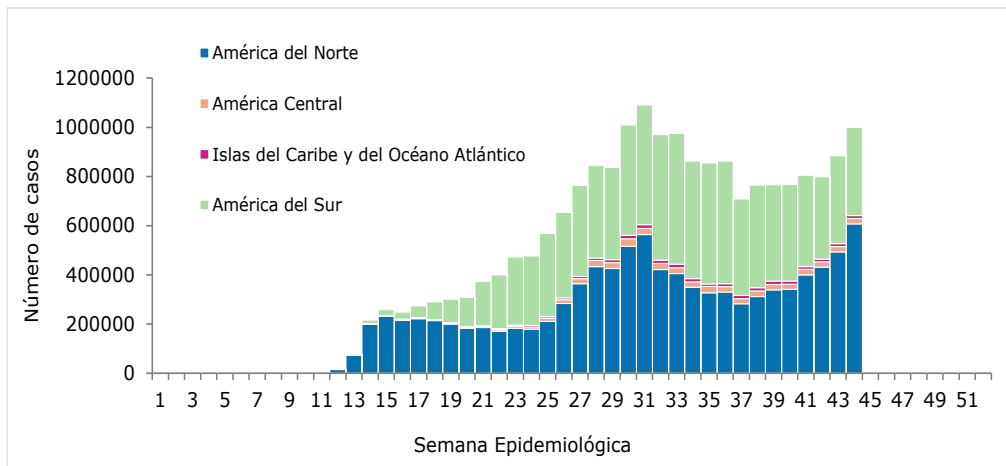
⁶ Canadá, Estados Unidos de América y México.

⁷ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, las Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, San Eustaquio y Saba, 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, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

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

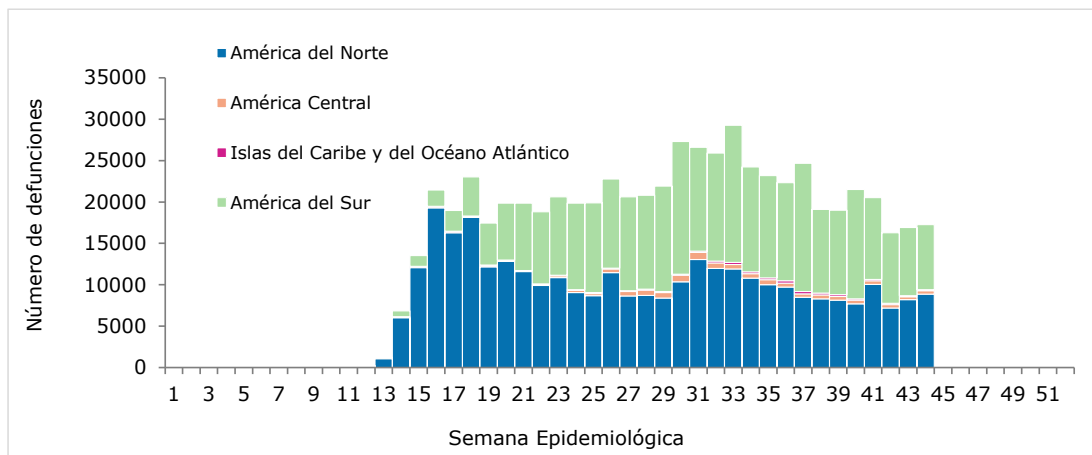
⁹ Bonaire, San Eustaquio y Saba se informan juntas.

Figura 2. Distribución de casos confirmados de COVID-19, por SE y subregión de las Américas. SE 1 a 44 de 2020.



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.

Figura 3. Distribución de defunciones confirmadas de COVID-19, por SE y subregión de las Américas. SE 1 a 44 de 2020.



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.COVID-19 durante el embarazo

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 5 de noviembre, fueron notificadas 98.767 mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 549 defunciones (1%) en de 18 países para los cuales se dispone de información (Tabla 1).

Tabla 1. Número de mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV-2, defunciones y razón de mortalidad materna, según país. Región de las Américas. 1 de enero al 5 de noviembre* de 2020.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Razón de Mortalidad Materna [¥]
Argentina	5.368	29	3.8
Bolivia**	341	13	5.3
Belice	45	1	12.5
Brasil**	2.256	135	4.7
Chile	6.929	2	0.9
Colombia	4.746	45	6.1
Costa Rica	204	3	7.8
Ecuador	1.336	24	6.8
Estados Unidos de América	34.968	50	N/D
Guatemala	501	5	1.0
Haití**	213	3	1.1
México ^{&}	7.319	159	9.4
Panamá ^{&}	903	4	5.5
Paraguay	372	1	0.7
Perú ^{&}	32.830	54	9.4
República Dominicana	267	17	8.3
Uruguay	20	0	0.0
Venezuela	149	4	0.8
Total	98.767	549	

Notas:

N/D= Datos no disponibles

* El 5 de noviembre 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 octubre de 2020³.

[&] Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

[¥] Corresponde a la razón de mortalidad materna específica para COVID-19 en este grupo de mujeres, por 100.000 recién nacidos vivos. El número de recién nacidos vivos se obtuvo de la publicación de la OPS/OMS Indicadores básicos 2019: Tendencias de la salud en las Américas (datos estimados por la División de Población de las Naciones Unidas). Disponible en: <https://bit.ly/2ZNU1nD>

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.

A continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica de COVID-19 en países seleccionados, para los cuales se dispone de información actualizada.

En **México**, desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19¹⁰ en el país hasta el 3 de noviembre de 2020, fueron notificados 196 casos de embarazadas y puérperas positivas a SARS-CoV-2 en población indígena, incluidas tres defunciones (1,5%). De estas mujeres, 6,0% se encuentra hospitalizada en condición grave.

En **Panamá**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19¹¹ en el país hasta el 17 de octubre de 2020, fueron notificados 903 casos acumulados confirmados de COVID-19 en mujeres embarazadas y puérperas, incluidas 4 defunciones (0,4%).

Las cuatro regiones de salud que concentran la mayoría de los casos de COVID-19 en embarazadas (59%) son Metropolitana (25%), Panamá Oeste (21%), San Miguelito (14%) y Chiriquí (9%).

Con relación a las defunciones, de los ocho (8) casos notificados previamente como embarazadas fallecidas con COVID-19³, solo cuatro (4) de éstas resultaron ser por consecuencia directa. Esta conclusión fue tomada por la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal de la República de Panamá, posterior a la revisión y análisis y en base a la evidencia existente (necropsia y auditoría de expediente).

En **Uruguay**, desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en el país¹² hasta el 30 de octubre de 2020 fueron notificados 20 casos positivos a SARS-CoV-2 en embarazadas. Durante el mismo periodo, no han notificado defunciones en este grupo de la población y uno de los casos fue hospitalizada en cuidados moderados. Al 30 de octubre, de los 20 casos, 16 de ellas ya se encuentran recuperadas y cuatro activas.

¹⁰ 27 de febrero de 2020

¹¹ 9 de marzo de 2020

¹² 14 de marzo de 2020

II. COVID-19 en pueblos indígenas

Desde los primeros casos confirmados de COVID-19 en las Américas hasta el 5 de noviembre de 2020, se notificaron 187.095 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 3.572 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 14 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 2**), lo que representa un incremento de 32.760 casos, incluidas 167 defunciones adicionales con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre de 2020³. Los incrementos relativos más altos¹³ en el número de casos ocurrieron en Canadá y Guatemala, mientras que Venezuela presenta el aumento relativo más alto en el número de defunciones.

Tabla 2. Casos confirmados y defunciones por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas, 1 de enero al 5 de noviembre* de 2020.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Bolivia	3.451	151
Brasil	32.041	471
Canadá	1.728	15
Colombia	23.479	794
Ecuador	3.141	103
Estados Unidos de América	75.546	N/D
Guatemala	14.616	321
Guyana	95	6
México	10.419	1.494
Panamá**	2.841	53
Paraguay	235	23
Perú	28518	95
Suriname	424	12
Venezuela	861	34
Total	187.095	3.572

Notas:

N/D: datos no disponibles

* El 5 de noviembre 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 de la información desde la publicación de la OPS/OMS del 15 de octubre de 2020.

Fuentes: Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos 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 Brasil.

¹³ Considerando los países para los cuales se dispone de información.

En **Brasil**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19¹⁴ en el país hasta el 24 de octubre de 2020, en el Subsistema de Salud Indígena (SASISUS), los 34 Distritos Especiales de Salud Indígena (DSEI) notificaron 32.041 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 471 defunciones (1,5%).

La tasa de incidencia de COVID-19 en la población indígena asistida por SASISUS fue de 4.238,8 (por 100.000 habitantes) y la tasa de mortalidad de 62,3 (por 100.000 habitantes). La región norte presenta el mayor número de casos (19.123), con una tasa de incidencia de 5.026,9 por 100.000 habitantes; esta región, concentra 50% de la población indígena de los DSEI (380.412 habitantes). Con relación a la tasa de letalidad, la región centro-oeste presenta la tasa más alta (2,5%), siendo 1.7 veces mayor que la tasa de letalidad general entre los DSEI (1,5%).

En orden decreciente, las mayores tasas de incidencia se observaron en los siguientes DSEI: Kaiapó do Pará (18.378,2 por 100.000 habitantes), Cuiabá (17.371,9 por 100.000 habitantes, Altamira (15.326 por 100.000 habitantes) y Kaiapó do Mato Grosso (14.391,7 por 100.000 habitantes).

Los DSEI con mayores tasas de mortalidad fueron Cuiabá (310,9 por 100.000 habitantes) seguido de Vilhena (254,3 por 100.000 habitantes) y Xavante (198,3 por 100.000 habitantes) (**Tabla 3**).

¹⁴ 25 de febrero de 2020

Tabla 3. Número de casos confirmados de COVID-19, número de defunciones y tasas de incidencia, de mortalidad y de letalidad, por DSEI. Brasil, 25 de febrero al 24 de octubre de 2020.

DSEI	Número de casos confirmados acumulados	Número de defunciones acumuladas	Tasa de incidencia por 100.000 hab.	Tasa de mortalidad por 100.000 hab.	Tasa de letalidad (%)
Región Norte	19.123	229	5.026,9	60,2	1,2
Altamira	684	1	1.532,6	22,4	0,1
Alto Rio Juruá	788	10	4.331,6	55,0	1,3
Alto Rio Negro	1.778	13	6.180,9	45,2	0,7
Alto Rio Purus	544	5	4.284,1	39,4	0,9
Alto Rio Solimões	1.859	35	2.615,8	49,2	1,9
Amapá e Norte do Pará	902	4	6.912,9	30,7	0,4
Guamá-Tocantins	1.415	17	8.095,4	97,3	1,2
Kaipó do Pará	1.14	9	18.378,2	145,1	0,8
Leste de Roraima	2.343	47	4.411,3	88,5	2,0
Manaus	616	13	1.956,9	41,3	2,1
Médio Rio Purus	436	4	5.587,6	51,3	0,9
Médio Rio Solimões e Afluentes	435	8	1.928,7	35,5	1,8
Parintins	200	9	1.203,4	54,2	4,5
Porto Velho	858	7	7.994,0	65,2	0,8
Rio Tapajós	1.899	12	14.243,9	90,0	0,6
Tocantins	908	9	7.196,1	71,3	1,0
Vale do Javari	673	2	10.669,0	31,7	0,3
Vilhena	676	15	11.461,5	254,3	2,2
Yanomami	969	9	3.456,1	32,1	0,9
Región Centro-Oeste	6.091	152	4.788,8	119,5	2,5
Araguaia	251	5	4.286,9	85,4	2,0
Cuiabá	1.285	23	17.371,9	310,9	1,8
Kaipó do Mato Grosso	718	3	14391,7	60,1	0,4
Mato Grosso do Sul	2.547	64	3.236,7	81,3	2,5
Xavante	822	44	3.704,7	198,3	5,4
Xingu	468	13	5.797,8	161,1	2,8
Región Nordeste	3.975	55	2.418,3	33,5	1,4
Alagoas e Sergipe	221	3	1.770,4	24,0	1,4
Bahia	517	7	1.564,1	21,2	1,4
Ceará	800	6	2.966,7	22,3	0,8
Maranhão	1.616	27	4.273,0	71,4	1,7
Pernambuco	299	8	769,8	20,6	2,7
Potiguara	522	4	3.432,2	26,3	0,8
Región Sur y Sudeste	2.852	35	3.398,5	41,7	1,2
Interior Sul	1.856	28	4.436,6	66,9	1,5
Litoral Sul	788	6	3.145,5	24,0	0,8
Minas Gerais y Espírito Santo	208	1	1.221,2	5,9	0,5
Total	32.041	471	4.238,8	62,3	1,5
Tasa de incidencia	≥10000				
	5001-9999				
	1001-5000				
	≤1000				
Tasa de mortalidad	≥101				
	61,0-100,0				
	30,1 -60,9				
	0,0 -30,0				
Tasa de letalidad	≥5,0				
	3,6-4,9				
	1,0 -3,5				
	0,0 - 0,9				

Fuente: Datos publicados por la Secretaria Especial de Salud Indígena de Brasil¹⁵ y reproducidos por la OPS/OMS.

¹⁵ Secretaría Especial de Salud Indígena de Brasil. Informe epidemiológico SESA1. 28 de octubre de 2020. Disponible en: <https://saudeindigena.saude.gov.br/corona>

III. Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19¹⁶

El 15 de mayo de 2020, la OMS publicó un Informe científico¹⁷ 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.

Al 6 de noviembre de 2020, un total de 17 países / territorios de la Región de las Américas han notificado oficialmente a la OPS / OMS o han publicado información a través de un sitio web oficial un total de 2.032 casos confirmados acumulados de SIM que coinciden cronológicamente con la COVID-19, incluidas 63 defunciones (**Tabla 4**). Esta cifra, representa un incremento relativo de 13% en casos (263 casos adicionales) y 5% en defunciones (3 defunciones adicionales), respecto de la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre de 2020³. Desde la publicación del 15 de octubre, Guadalupe es el territorio que se suma a la lista de países y territorios que han notificado casos confirmados de SIM.

Adicionalmente, al 6 de noviembre, 23 países / territorios que han informado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM.

¹⁶ 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.

¹⁷ Disponible en: <https://bit.ly/3mw35XY>

Tabla 4. Casos y defunciones confirmados de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas, al 6 de noviembre* de 2020.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	61	1
Brasil	496	34
Canadá	3	0
Chile	139	1
Costa Rica	11	0
Colombia	3	0
Cuba	2	0
Ecuador	8	0
El Salvador	17	0
Estados Unidos de América	1.163	20
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	5	1
Paraguay	29	3
República Dominicana	86	3
Total	2.032	63

Nota:

* El 6 de noviembre 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.

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.

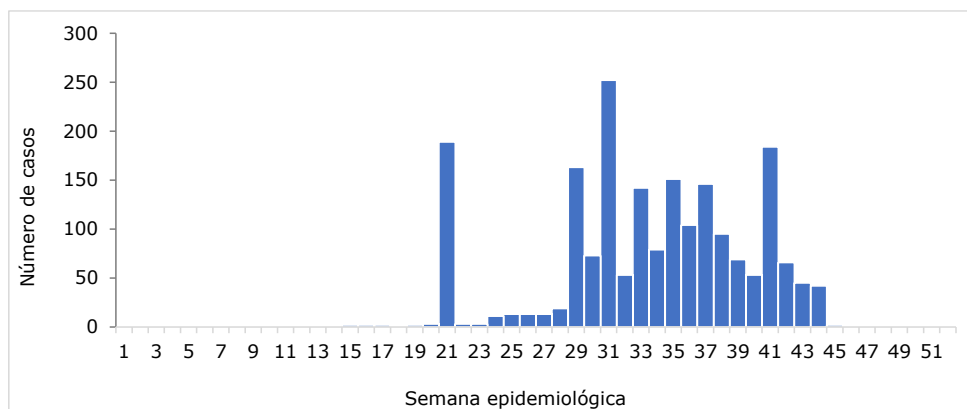
A continuación, se presenta una breve descripción de la situación epidemiológica de SIM en las Américas.

De acuerdo con la información compartida por 17 países y territorios de las Américas, los primeros casos de SIM en la región fueron detectados en la semana epidemiológica (SE) 15 de 2020. Desde entonces, hasta la SE 44 de 2020, han sido notificados un promedio de 66 casos semanales en la Región. Sin embargo, estos datos deben ser interpretados con cautela, debido a que no todos los países y territorios han notificado sus casos por semana epidemiológica (**Figura 4**). Por otra parte, también hay que considerar que no todos los países usan la misma definición de caso confirmado.

Brasil, Chile y los Estados Unidos de América concentran 89% del total de casos confirmados; los Estados Unidos de América aporta con 57% de ese total. Con relación a las defunciones

confirmadas, Brasil y los Estados Unidos de América contribuyen con 54% y 32% del total, respectivamente.

Figura 4. Número de casos confirmados de SIM en la región de las Américas. SE 15 a 44 de 2020.



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.

Como fue mencionado en la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 15 de octubre de 2020, es necesario tener en cuenta que, desde junio de 2020, se han publicado informes de casos y series de casos sobre un síndrome inflamatorio multisistémico similar al que presentan los niños, en adultos (SIM-A)¹⁸.

IV. COVID-19 en trabajadores de la salud

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en la Región de las Américas hasta el 1 de noviembre, se notificaron 851.868 casos confirmados, incluyendo 2.503 defunciones (0,3%) en trabajadores de salud de 27 países y territorios en las Américas, para los cuales se dispone de información.

A continuación, se presenta un resumen de la situación epidemiológica de COVID-19 en países seleccionados, para los cuales se dispone de información actualizada.

En un estudio realizado en los **Estados Unidos de América**¹⁹, fue analizada la información disponible de 438 adultos hospitalizados entre el 1 de marzo al 31 de mayo de 2020, quienes

¹⁸ Morris SB, Schwartz NG, Patel P, et al. Case Series of Multisystem Inflammatory Syndrome in Adults Associated with SARS-CoV-2 Infection — United Kingdom and United States, March–August 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1450–1456. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6940e1>

¹⁹ Kambhampati AK, O’Halloran AC, Whitaker M, et al. COVID-19–Associated Hospitalizations Among Health Care Personnel — COVID-NET, 13 States, March 1–May 31, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2020;69:1576–1583. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6943e3>

cumplían con la definición de personal sanitario (HCP, por sus siglas en inglés)²⁰, de acuerdo con la clasificación realizada por la Red de Vigilancia de Hospitalización Asociada a COVID-19 (COVID-NET). Los datos sobre el estado del personal sanitario fueron recopilados por sitios que representan 98 condados en 13 estados²¹.

De los 438 casos analizados que cumplían con los criterios para el estudio, 71,9% eran mujeres. La mediana de edad fue de 49 años (rango intercuartílico, 38-57 años), 52,0% eran negros no hispanos, 27,4% eran blancos no hispanos y 8,6% eran hispanos o latinos.

El 67,4% trabajaba en ocupaciones en las que generalmente se esperaba que tuvieran contacto directo con pacientes. El 36,3% realizaba una ocupación relacionada con la enfermería²² y 6,6% eran auxiliares de pacientes y cuidadores.

El 89,8% tenía al menos una afección médica subyacente, de las cuales la obesidad se notificó con mayor frecuencia (72,5%), seguida por hipertensión (40,6%) y diabetes (30,9%). El 27,5% ingresó en una unidad de cuidados intensivos, 15,8% requirió ventilación mecánica invasiva y 4,2% falleció durante la hospitalización.

Los hallazgos de este informe están sujetos a al menos cinco limitaciones²³; siendo probablemente una de las más importantes desde el punto de vista de la salud pública el hecho de que COVID-NET no recopila datos sobre historial de exposición. Se desconoce si el HCP estuvo expuesto al SARS-CoV-2 en el lugar de trabajo o en la comunidad, destacando la necesidad de esfuerzos comunitarios de prevención y de medidas de prevención y control de infección en entornos sanitarios.

En **Paraguay**, entre el 13 de marzo y el 2 de noviembre de 2020, se han notificado 15.486 exposiciones a casos de COVID-19 en personal de salud, de las cuales 4.176 han sido confirmadas, incluidas 16 defunciones. Un total de 3.998 de estos casos se han recuperado.

Del total de defunciones entre los casos confirmados en el personal de salud (16), 8 corresponden a personal de enfermería, 4 a médicos/as y los 4 restantes a personal de servicios generales. Con relación a las características sociodemográficas, 6 estaban en el rango etario entre 40 y 50 años, 4 entre 51 y 61 años, 3 eran ≥ 62 años, 2 entre 29-39 años y 1 en el rango de entre 18-28 años; 8 (50%) eran hombres, 5 de la región sanitaria Alto Paraná, 5 de la región Central, 4 de Capital, 1 de Concepción y 1 de Itapúa.

²⁰ HCP se definió como personas que trabajan en entornos de atención médica, servicios de atención médica domiciliaria u ocupaciones de atención médica dentro de otros entornos (por ejemplo, enfermeras escolares) que tienen el potencial de exposición a pacientes o materiales infecciosos. Los profesionales sanitarios se estratificaron en dos grupos para los análisis según el nivel presunto de contacto con el paciente (es decir, los que generalmente se espera que tengan contacto directo con el paciente y los que no están en contacto directo) según la ocupación informada.

²¹ California, Colorado, Connecticut, Georgia, Maryland, Michigan, Minnesota, Nuevo México, Nueva York, Ohio, Oregón, Tennessee y Utah.

²²Incluidas enfermeras (27,8%) y asistentes de enfermería certificadas (8,5%).

²³ Las limitaciones de este informe incluyen: la proporción de HCP hospitalizados que se sobreestima o subestima, algunas estimaciones son inestables debido al tamaño pequeño de la muestra, los niveles de exposición de los pacientes HCP pueden haber sido clasificados erróneamente y las hospitalizaciones asociadas con COVID-19 pueden haber sido subestimadas debido a que la confirmación de laboratorio depende de la orden médica para hacerlas, como asimismo de las políticas del hospital.

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: www.paho.org/alertasepi

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

<p>Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos</p> 	<p>Manejo Clínico</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/30zimCi</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3li6wQB</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>
<p>Laboratorio</p> 	<p>Prevención y control de infecciones</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d3TJ1g</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d2ckuV</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>
<p>Preparación crítica y respuesta</p> 	<p>Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras</p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ljWHBT</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3ivDivW</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>
<p>Escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones</p> 	<p>Otros recursos</p>
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/3d66lJO</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: https://bit.ly/33zXgRQ</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg https://bit.ly/33AsZCL</p>

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 15 de octubre de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/3IOJHo3>
2. Red Eclesial Pan amazónica. Informe del 27 de octubre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3eBBeCk>, accedido el 29 de octubre.
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 **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
13. Gobierno de Canadá. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>, accedido el 6 de noviembre de 2020.

14. 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>
15. 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/>
16. Instituto Nacional de Salud de Colombia. COVID-19 en Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/2FAKzxa>
17. Ministerio de Salud de Brasil. Secretaria Especial de Salud Indígena / Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: www.saudeindigena.saude.gov.br
18. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. Informe epidemiológico COVID-19 del 30 de octubre de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/35aXik4>