

Resumen ejecutivo

- Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta la semana epidemiológica (SE) 42 (terminando en el día 23 de octubre de 2021), se notificaron 243.327.429 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.943.742 defunciones. El 38,2% de los casos y 46,1% de las defunciones globales fueron notificadas por la Región de las Américas.
- La subregión de América del Norte continuó presentando las mayores proporciones de casos (76%) y de defunciones (72%) entre la SE 38 y la SE 42. En comparación con las 4 semanas previas (SE 34-SE 37), el número de casos notificados disminuyó en todas las subregiones, excepto en Sudamérica, donde se observó un aumento del 5,7%. Comparando los mismos periodos, el número de defunciones notificadas aumentó en las subregiones de América del Norte (11,7%) y América Central (7,9%), mientras que disminuyó en las subregiones de América del Sur, el Caribe y las Islas del Océano Atlántico.
- Hasta el 26 de Octubre del 2021, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Curacao, los Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guadalupe, Guatemala, las Islas Caimán, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname, y Uruguay han detectado las cuatro variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés).
- Hasta el 28 de octubre de 2021, se han notificado un total de 325.344 infecciones por el SARS-CoV-2 entre mujeres embarazadas, incluidas 3.237 defunciones (tasa de letalidad del 1,0%), en 33 países/territorios de la Región.
- Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 665.006 casos acumulados, incluyendo 16.430 defunciones acumuladas.
- Un total de 27 países y territorios notificaron 8.220 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 160 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 41 países y territorios notificaron 2.176.474 casos, incluidas 11.840 defunciones.

Cita sugerida: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 30 de octubre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

Tabla de Contenido

Contexto	- 3 -
Periodos de comparación	- 3 -
Resumen de la situación global	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas	- 5 -
Destacado de la Subregión de América del Sur	- 6 -
Aspectos destacados	- 8 -
Variantes de SARS-CoV-2	- 8 -
Datos detallados de vigilancia de la COVID-19	- 13 -
Vacunación y hospitalizaciones	- 14 -
COVID-19 durante el embarazo	- 16 -
COVID-19 en pueblos indígenas	- 20 -
COVID-19 en población menor de 20 años	- 21 -
Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19	- 22 -
COVID-19 en trabajadores de la salud	- 26 -
Orientaciones para las autoridades nacionales	- 29 -
Referencias	- 30 -

Contexto

El 31 de diciembre de 2019, la República Popular China notificó un conglomerado de casos de neumonía de etiología desconocida, identificados posteriormente el 9 de enero de 2020 como un nuevo coronavirus por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de China. 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 de 2020, 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) lo denominó "coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-CoV-2)". El 11 de marzo de 2020, COVID-19 fue declarada una pandemia por el Director General de la OMS¹. 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, para evaluar de manera independiente y exhaustiva las enseñanzas extraídas de la respuesta sanitaria internacional a la COVID-19².

El viernes 22 de octubre de 2021 se realizó la novena reunión del Comité de Emergencias, convocada por el Director General de la OMS en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) (2005) sobre la enfermedad por el coronavirus de 2019 (COVID-19). El Director General determinó que la pandemia de COVID-19 seguía constituyendo una ESPII, aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y remitió a los Estados Miembros como recomendaciones temporales en virtud del RSI, disponibles en el siguiente enlace: <https://bit.ly/3jSVseB>.

Periodos de comparación

La actualización epidemiológica más reciente, publicada por la OPS/OMS el 27 de septiembre de 2021³, incluye información sobre aproximadamente entre la SE 34 (del 22 de agosto de 2021) y la SE 37 (del 12 al 18 de septiembre de 2021); cubriendo el periodo del 22 de agosto al 18 de septiembre de 2021. El presente documento cubre la información entre las SE 38 (del 19 al 25 de septiembre de 2021) y la SE 42 (del 17 al 23 de octubre de 2021); cubriendo el periodo del 19 de septiembre al 23 de octubre de 2021 (aproximadamente un mes de información), a no ser que sea especificado de manera diferente en el texto. Las figuras y tablas en este documento podrían incluir ajustes retrospectivos y los aumentos podrían ser el resultado de una notificación tardía.

Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta la SE 42, se han notificado un total acumulado de 243.327.429 casos confirmados de COVID-19, incluidas 4.943.742 defunciones en todo el mundo. Desde la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre COVID-19 publicada el 27 de septiembre de 2021³ se notificaron un total de 15.256.257 casos confirmados y 251.667 defunciones adicionales.

¹ Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 realizada el 11 de marzo de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/35y6oXB>

² Anuncio de la evaluación independiente de la respuesta mundial a la COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3blj4gC>

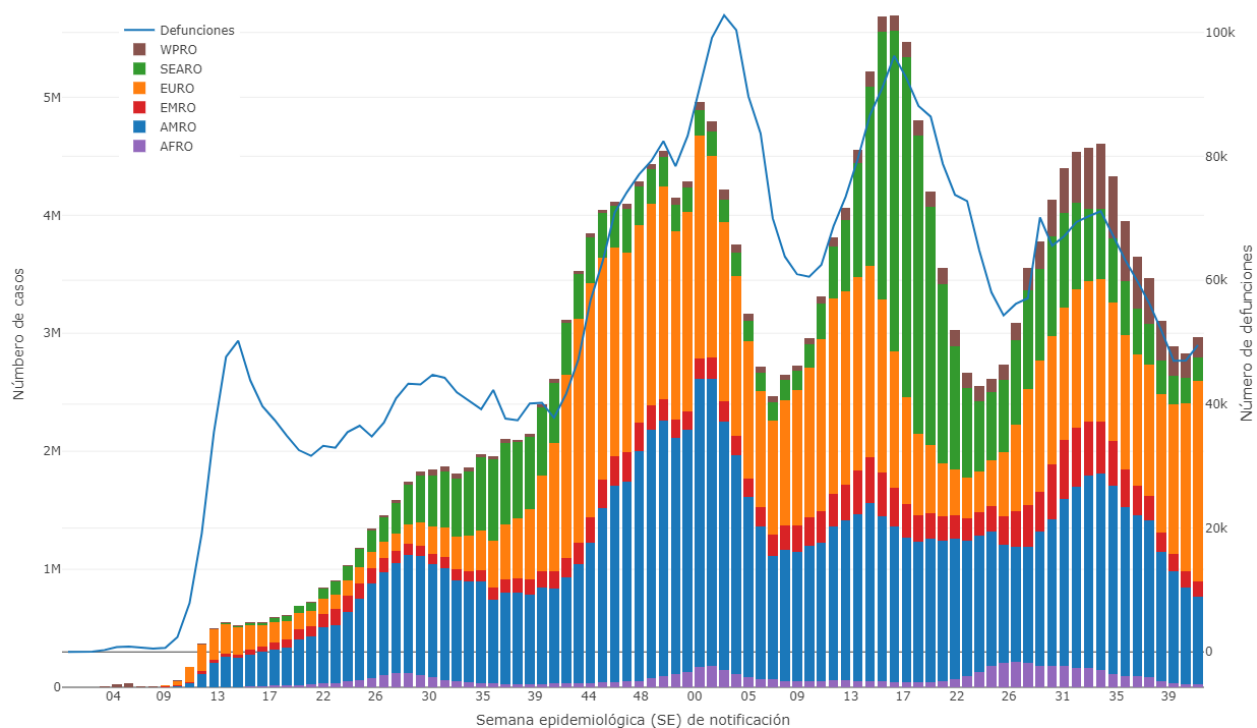
³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 27 de septiembre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3CwfQJE>

Cuando se compara las tendencias entre la actualización epidemiológica de la OPS/OMS sobre COVID-19 publicada el 27 de septiembre de 2021 y la presente actualización epidemiológica (SE 34 – SE 37 vs. SE 38 - SE 42), se observa un descenso tanto en el número de casos nuevos (descenso del 7,7% como en el de defunciones (descenso del 3,8%).

Al analizarla información de las Regiones específicas de la OMS, se observó un descenso en el número de nuevos casos de COVID-19 notificados en AFRO (50%), EMRO (43,6%), SEARO (35,1%) y WPRO (33,5%). Se ha observado un descenso en AMRO pero en menor proporción (18%). Sin embargo, EURO presentó un incremento (44,4%) en la proporción de los nuevos casos notificados. En cuanto a las defunciones, se ha observado una tendencia descendente en la mayoría de las Regiones de la OMS (AFRO, EMRO, SEARO y WPRO). Siguiendo un patrón similar al del aumento de nuevos casos notificados, EURO ha presentado un aumento del número de defunciones del 55%. Además, en AMRO, las defunciones aumentaron ligeramente (1,9%) durante el mismo periodo de comparación (**Figura 1**).

Al analizar los datos por SE, se observa una tendencia global descendente de los casos y las defunciones entre la SE 35 hasta SE 41. En la SE 42, se observa un incremento de los casos (4,8%) y las defunciones (5,3%) en comparación con la semana anterior, condicionado por EURO.

Figura 1. Distribución de casos y defunciones confirmadas de COVID-19 por semana epidemiológica (SE) de notificación, a nivel global, por Región de la OMS. Hasta la SE 42, 2021.



Nota: AFRO: Oficina Regional de la OMS para África; AMRO: Oficina Regional de la OMS para las Américas; EMRO: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; EURO: Oficina Regional de la OMS para Europa; SEARO: Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental; WPRO: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental

Fuente: Datos Coronavirus (COVID-19) de la OMS reproducidos por OPS/OMS. Disponible en: <https://covid19.who.int/info/>. Accedido el 27 de octubre 2021.

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Entre enero de 2020, cuando se detectaron los primeros casos en la Región, hasta la SE 42 de 2021, se han notificado un total acumulado de 92.938.190 casos confirmados de COVID-19, incluidas 2.279.126 defunciones, en los 56 países y territorios de la Región de las Américas. Del total de casos y defunciones notificados a nivel global, la Región contribuyó con el 38,2% de los casos y un 46,1% de las defunciones.

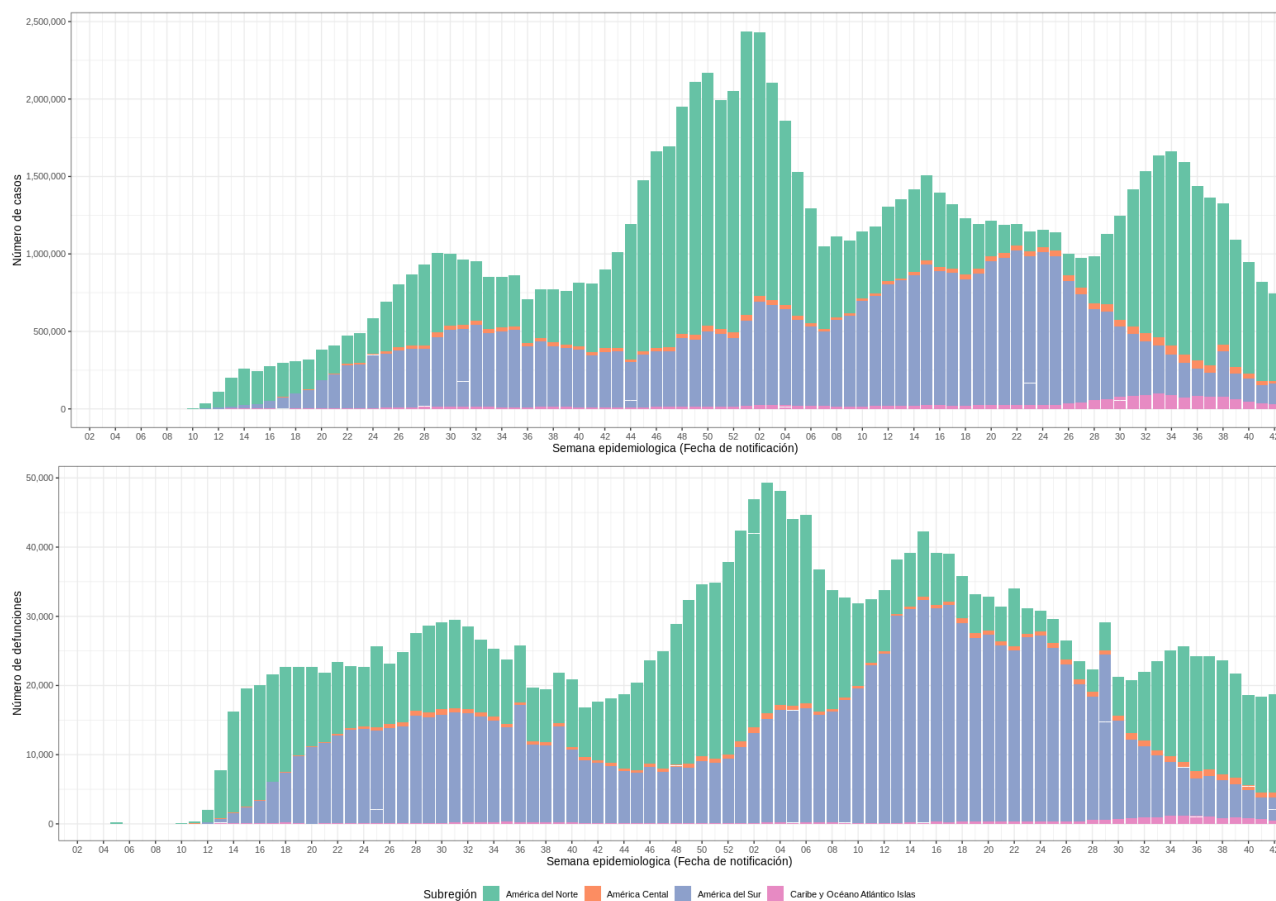
Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 27 de septiembre de 2021³ (final de la SE 37) hasta la SE 42, se han notificado 4.932.478 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 101.057 defunciones en la Región de las Américas.

En comparación con el periodo anterior de 4 semanas (EW 34-EW 37), el número de casos notificados disminuyó en todas las subregiones excepto en la Subregión de América del Sur, donde se observó un incremento del 5,7%. Comparando los mismos periodos, el número de defunciones notificadas incrementó en las subregiones de América del Norte (11,7%) y América Central (7,9%), mientras que disminuyó en las subregiones de América del Sur y el Caribe y las Islas del Océano Atlántico.

La subregión de América del Norte siguió notificando el mayor número de casos nuevos en este periodo (3.663.638, o, el 74,3% de los casos notificados en la Región), seguida de América del Sur (858.093, o, el 17,4%), el Caribe y las Islas del Océano Atlántico (250.133, o el 5,1%) y América Central (160.614, o, el 3,3%) (**Figura 2a**).

La subregión de América del Norte también representó la mayor proporción de defunciones notificadas (71,8%) durante el EW 38 - EW 42, con un total de 72.545 defunciones notificadas, lo que representa un aumento del 11,7% en comparación con el periodo anterior (**Figura 2b**).

Figura 2a-b. Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones, por subregión y semana epidemiológica (SE) de notificación. Región de las Américas, hasta la SE 42 de 2021.



Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para el 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.

Destacado de la Subregión de América del Sur

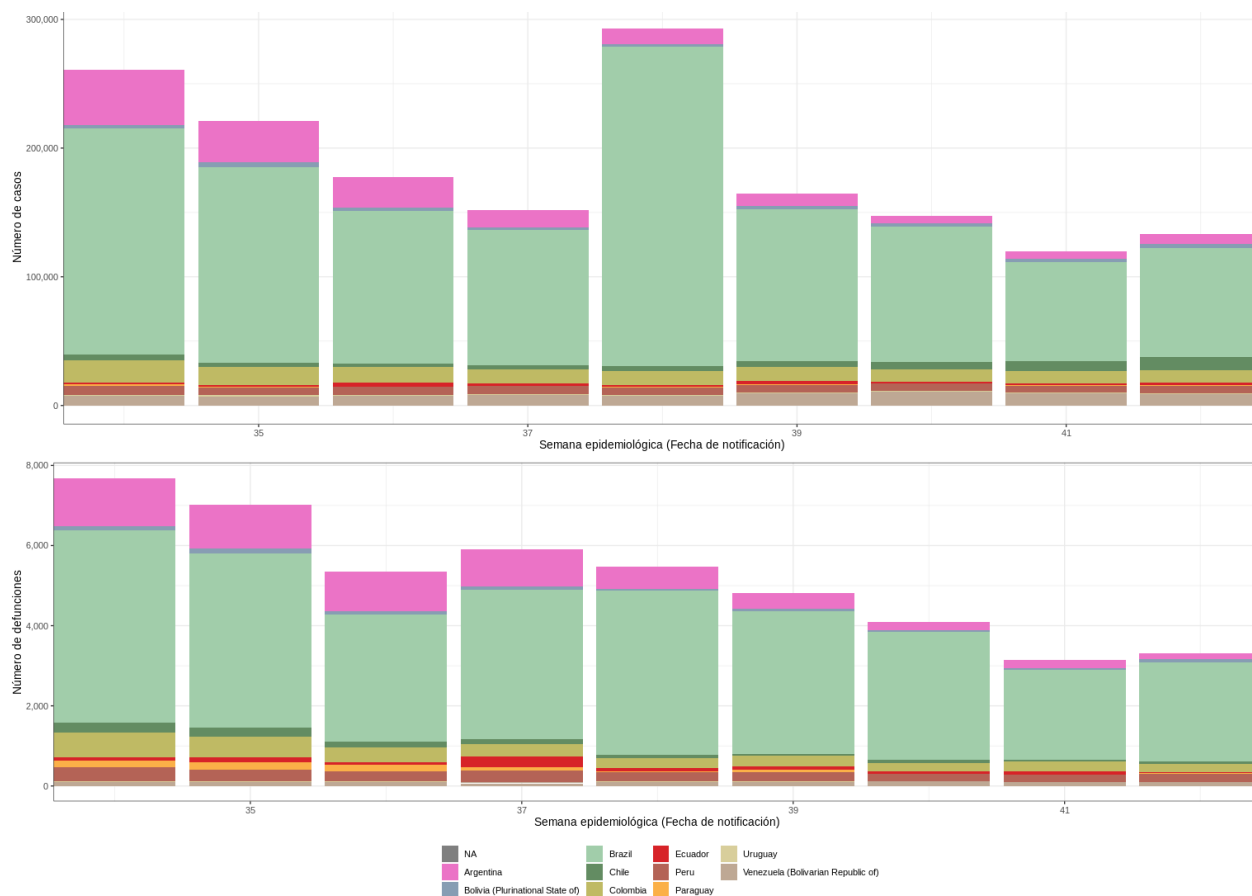
A continuación, se describen brevemente las tendencias del COVID-19 en cuanto a casos y defunciones observadas en la subregión de **América del Sur**.

En América del Sur, se observó una tendencia ascendente en el número de casos notificados (que oscilan entre el 12,3% y el 138,6%) en la mayoría de los países de la subregión durante el período EW 38 - EW 42 en comparación con el período EW 34 - EW 37, con el mayor incremento porcentual observado en Chile (138,6%), seguido de Venezuela (51,3%). En cuanto a las defunciones, si bien casi todos los países de esta subregión informaron de una disminución del número de defunciones notificadas, Venezuela experimentó un incremento del 27,5% en comparación con el periodo anterior.

Durante este periodo, Brasil (632.197 casos o el 73,7% de los casos notificados en la Región), seguido de Colombia (50.425 casos o el 5,9%) y Venezuela (45.210 casos o el 5,3%) fueron los principales contribuyentes al número de casos en esta subregión (**Figura 3a**). Brasil (15.566 defunciones o 74,6% de las defunciones notificadas en la Región) fue también el principal contribuyente al número de defunciones en esta subregión durante este periodo, seguido de Argentina (1.533 defunciones o 7,4%) y Colombia (1.168 defunciones o 5,6%) (**Figura 3b**).

Si bien se observó una tendencia general a la disminución en esta subregión, excepto por el ajuste de datos observado en la SE 38, se puede observar un ligero aumento de casos en la SE 42 en comparación con la SE 41.

Figura 3a-b. Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones por país y por semana epidemiológica de notificación. Subregión de América del Sur. Hasta la SE 42 de 2021



Nota: Durante este período, Brasil realizó un ajuste de los datos correspondientes a la SE 38. Los datos deben interpretarse con cautela ya que los países realizan regularmente ajustes retrospectivos a los datos.

Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para el 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

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 28 de octubre de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 4.691.504 secuencias genómicas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 28 de octubre de 2021, 54 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 1.750.404 secuencias del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero de 2020 y octubre de 2021. Los países y territorios que han contribuido notificado variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés) y contribuyeron con información genómica en la plataforma de GISAID están representados en las **Tabla 3a-d**. Cabe destacar que las Islas Malvinas han notificado VOC, pero no han aportado datos del genoma a GISAID y están incluidas en la Tabla 3d, mientras que San Eustaquio ha contribuido a GISAID pero no ha detectado una VOC en el territorio y por lo tanto, no aparece en la Tabla 3d.

El 25 de febrero de 2021, la OMS propuso definiciones operativas para las variantes de interés del SARS-CoV-2 (VOI, por sus siglas en inglés) y variantes de preocupación (VOC por sus siglas en inglés) y las acciones asociadas que la OMS tomará para apoyar a los Estados Miembros, sus institutos nacionales de salud pública y laboratorios de referencia, junto con las acciones recomendadas que deben tomar los Estados Miembros. En el documento, se incluye la orientación general y no exhaustiva sobre la priorización de variantes de mayor relevancia para la salud pública en el contexto de una transmisión más amplia del SARS-CoV-2, y de los mecanismos de respuesta y de salud pública y las medidas de distanciamiento social establecidas. Las definiciones, serán revisadas periódicamente y actualizadas, según sea necesario. Información sobre variantes disponible en: <https://bit.ly/2XJkX9O>.

El 31 de mayo de 2021, la OMS anunció nuevas denominaciones de las variantes de interés (VOI) y variantes de preocupación (VOC) que son fáciles de decir y de recordar que serán más fáciles de usar y más prácticas para los debates del público no científico.⁴ Las nuevas denominaciones se encuentran disponibles en: <https://bit.ly/39Ja6Q0>

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 22 de octubre de 2021,⁵ se encuentra disponible en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 22 de octubre de 2021.

⁴ OMS. Anuncio disponible en inglés en <https://bit.ly/3xaARqs>

⁵ OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2. Disponible en: <https://bit.ly/36Oo3dZ>

Clasificación OMS de las variantes de SARS-CoV-2	Denominación OMS	Linaje Pango*	Primera detección en
Variantes de preocupación (VOC)	Alfa	B.1.1.7 †	Reino Unido
	Beta	B.1.351	Sudáfrica
	Gamma	P.1	Brasil
	Delta	B.1.617.2 §	India
Variantes de interés (VOI)	Lambda	C.37	Perú
	Mu	B.1.621	Colombia

Notas:

*Incluye todos los linajes descendientes. La lista completa de linajes de Pango se puede encontrar en <https://bit.ly/3IAhser>; para las preguntas frecuentes, visite: <https://bit.ly/2VQQYMJ>

† incluye todos los linajes Q.* (en el sistema de nomenclatura Pango, Q es un alias de B.1.1.7)

§ incluye todos los linajes AY.* (en el sistema de nomenclatura Pango, AY es un alias de B.1.617.2); para más información sobre los linajes AY.*, visite: <https://bit.ly/3IFf99V>

Fuente: OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2.⁵ Accedido el 27 de octubre de 2021.

A nivel global, se sigue observando un incremento en el número de países y territorios que han notificado variantes de preocupación y de interés (**Tabla 2**).

Tabla 2. Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 26 de octubre de 2021.

	Denominación de la OMS			
	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos*	193	142	96	185
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos	49	25	40	52

Nota:

Algunos de los países/territorios han notificado más de una variante (VOC)

Fuentes: OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 26 de octubre de 2021.⁵ 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.

Desde abril de 2021, se ha observado un aumento exponencial global de las muestras de la VOC Delta. En julio de 2021, se observó un predominio global de VOC Delta en casi el 90% de las muestras de todo el mundo, incluidos los Estados Miembros de las Américas. El 8 de agosto de 2021, la OPS/OMS publicó una actualización epidemiológica relacionada con el aumento de la VOC Delta y su potencial impacto en la Región de las Américas.⁶

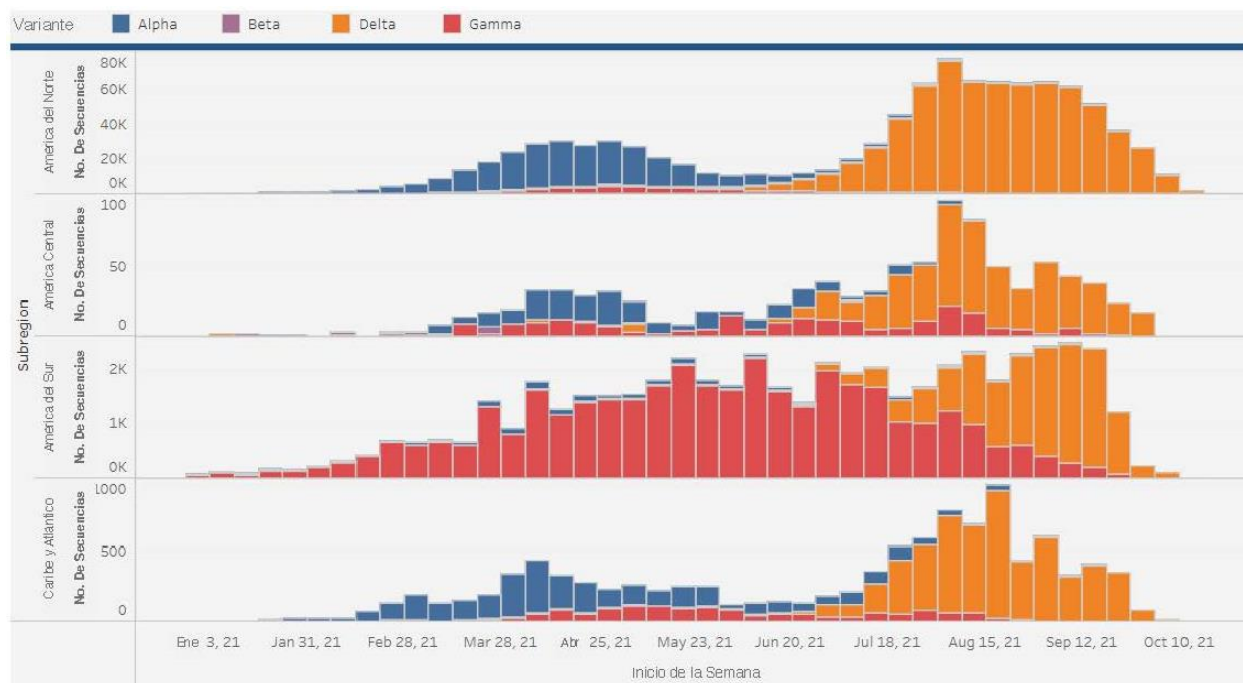
Al analizar las secuencias de SARS-CoV-2 enviadas a las bases de datos disponibles al público en los últimos 60 días, se puede observar que la VOC Delta sigue predominando a nivel mundial, mientras que la prevalencia de otras VOC desciende. Esta tendencia también se observa en los países de la Región de las Américas; sin embargo, la propagación de la VOC

⁶ Variantes de SARSCoV-2 en las Américas. 8 de agosto de 2021, Washington, D.C. Disponible en: <https://bit.ly/37ZyVpZ>

Delta ha sido más gradual que en otras Regiones. Esto es particularmente evidente en la subregión de América del Sur, donde la proporción de VOC Gamma sigue representando entre el 0,1 y el 0,5 de las secuencias subidas a GISAID para Argentina, Chile y Perú.⁶

Hay que tener en cuenta que la prevalencia observada a nivel mundial debe interpretarse con cautela debido a las diferencias y limitaciones relacionadas con los sistemas de vigilancia o los mecanismos de vigilancia, así como a la capacidad de los países y territorios para secuenciar las muestras, y a las diferencias en la selección de las muestras a secuenciar. La distribución de las VOC por subregión en la Región de las Américas se presentan en la **Figura 4**.

Figura 4. Distribución de las variantes de preocupación (VOC) del SARS-CoV-2 subidas en bases de datos de acceso público, por subregión. Región de las Américas. De enero a octubre de 2021.



Hasta el 26 de octubre de 2021, se han detectado las cuatro VOC en Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, Curazao, los Estados Unidos de América, Guatemala, Guayana Francesa, Guadalupe, las Islas Caimán, las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Martinica, México, Panamá, Puerto Rico, Sint Maarten, Suriname y Uruguay.

Tabla 3a. Países y territorios de la subregión de América del Norte que han notificado variantes de preocupación al 26 de octubre de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Canadá	√	√	√	√
Estados Unidos de América	√	√	√	√
México	√	√	√	√

Tabla 3b. Países de la subregión de América Central que han notificado variantes de preocupación al 26 de octubre de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Belice	√		√*	√*
Costa Rica	√	√	√	√
El Salvador	√		√*	√
Guatemala	√	√	√	√
Honduras	√		√	√
Panamá	√	√	√	√*

Tabla 3c. Países y territorios de la subregión de América del Sur que han notificado variantes de preocupación al 26 de octubre de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Argentina	√	√	√	√
Brasil	√	√	√	√
Bolivia	√		√	
Chile	√	√	√	√
Colombia	√		√	√
Ecuador	√		√	√
Paraguay	√		√	√
Perú	√		√	√
Uruguay	√	√*	√	√*
Venezuela	√		√	√

Tabla 3d. Países y territorios de la subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico que han notificado variantes de preocupación (VOC) al 26 de octubre de 2021.

País/Territorio	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Anguila	√			√
Antigua y Barbuda	√	√	√*	√*
Aruba	√	√	√	√
Bahamas	√		√	√
Barbados	√		√	√
Bermuda	√	√		√
Bonaire	√		√	√
Cuba	√	√		√*
Curazao	√	√*	√	√
Dominica	√			√*
Granada	√			√
Guadalupe	√	√	√	√
Guayana Francesa	√	√	√	√
Guyana			√	√
Haiti	√		√	√
Islas Caimán	√	√	√	√
Islas Malvinas	√*	√*		
Islas Turcas y Caicos	√		√	√
Islas Vírgenes Británicas	√		√	√
Islas Vírgenes de los Estados Unidos	√	√*	√	√
Jamaica	√			√
Martinica	√	√	√	√
Montserrat	√		√	√
Puerto Rico	√	√	√	√
República Dominicana	√		√	√
Saba				√
San Bartolomé	√			√
Saint Kitts y Nevis				√*
San Martín	√	√		√*
San Pedro y Miquelón				√*
San Vicente y las Granadinas			√*	√
Santa Lucía	√			√
Sint Maarten	√	√	√	√
Suriname	√	√	√	√
Trinidad y Tabago	√		√	√

Nota:

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

* La secuencia aún no está disponible en un repositorio internacional.

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.

Datos detallados de vigilancia de la COVID-19

La caracterización de los casos, incluyendo la edad, el sexo, la evolución clínica (hospitalización o ingreso en la unidad de cuidados intensivos) y el desenlace (caso recuperado o defunción) es esencial para entender la evolución de la pandemia. Adicionalmente, aunque varios países han empezado a incluir el estado de vacunación de los casos, esta variable no está disponible actualmente para los datos de los casos en muchos países.

Los Estados Miembros proporcionan datos de vigilancia detallados a la OMS; estos datos están disponibles en el tablero COVID-19 de la OMS. En la Región de las Américas, la proporción de países que informan sobre la edad, la evolución clínica y el desenlace varía según la Subregión, como se muestra en la **Tabla 4**. Todos los países de América del Norte siguen notificando información detallada para las variables mencionadas. En general, la proporción más baja de países y territorios que notifican datos de vigilancia detallados se observa en la subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico.

Tabla 4. Proporción de países y territorios que informan sobre la edad, evolución clínica y el desenlace, por subregión. Región de las Américas, al 20 de octubre de 2021.

Subregión	% de países y territorios que reportan la edad	% de países y territorios que reportan el curso clínico	% de países y territorios que reportan el resultado
Caribe y las Islas del Océano Atlántico	61,8%	55,9%	50,0%
América Central	85,7%	85,7%	71,4%
América del Norte	100,0%	100,0%	100,0%
América del Sur	80,0%	70,0%	60,0%
Todas las subregiones	70,4%	64,8%	57,4%

La **Figura 5** muestra la disponibilidad de información sobre la edad de los casos y las defunciones por COVID-19 recibidos a través de los datos de vigilancia detallados en comparación con los recuentos diarios. Cabe señalar que la depuración de los datos es continua y se observan retrasos importantes al compararlos con los recuentos diarios.

Figura 5. Disponibilidad de información sobre la edad entre los casos y defunciones por COVID-19 recibidos a través de los datos de vigilancia detallados en comparación con los recuentos diarios. Hasta septiembre de 2021.



Fuente: Datos Coronavirus (COVID-19) de la OMS reproducidos por OPS/OMS. Disponibles en: <https://covid19.who.int/info/>.

Vacunación y hospitalizaciones

Algunos de los artículos publicados^{7,8,9,10} o pre publicados sobre el impacto de las campañas de vacunación contra la COVID-19, traen esperanza en alcanzar una disminución de las tasas de mortalidad y de hospitalización en Unidades de Tratamiento Intensivo (UTI), especialmente en la población de adultos mayores. No obstante, es importante considerar que las campañas de vacunación contra la COVID-19 no son suficientes por sí mismas para prevenir y controlar la transmisión del SARS-CoV-2, por lo cual se deben mantener las medidas de salud pública y de distanciamiento social de acuerdo con la situación epidemiológica de cada país y territorio.

Los siguientes mapas en la **Figura 6** muestran el porcentaje de la población que ha completado el esquema de vacunación contra la COVID-19 al final de la SE 42 (izquierda) frente al promedio de ocupación actual de las UCI para COVID-19 por cada 1.000 casos nuevos de la COVID-19 entre la SE 41 y la SE 42 de 2021 (derecha). Hay que tener en cuenta que el promedio de hospitalizaciones en UCI por COVID-19 se calcula utilizando el número total de hospitalizaciones en UCI notificados por día; por lo tanto, la duración de la estancia afectará a las tasas presentadas.

En **América del Norte**, los Estados Unidos y Canadá informaron de una cobertura de vacunación superior al 50%, acompañada de tasas de ocupación de UCI relativamente bajas por cada 1.000 casos nuevos.

⁷ Cook TM, Roberts JV. Impact of vaccination by priority group on UK deaths, hospital admissions and intensive care admissions from COVID-19. <https://doi.org/10.1111/anae.15442>

⁸ Leshem E, Wilder-Smith A. COVID-19 vaccine impact in Israel and a way out of the pandemic. *Lancet*. 2021 May 5 doi: 10.1016/S0140-6736(21)01018-7 <https://bit.ly/3hk18xC>

⁹ Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalizations, and deaths following a nationwide vaccination campaign in Israel: an observational study using national surveillance data. *The Lancet*, 2021, ISSN 0140-6736, [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00947-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00947-8)

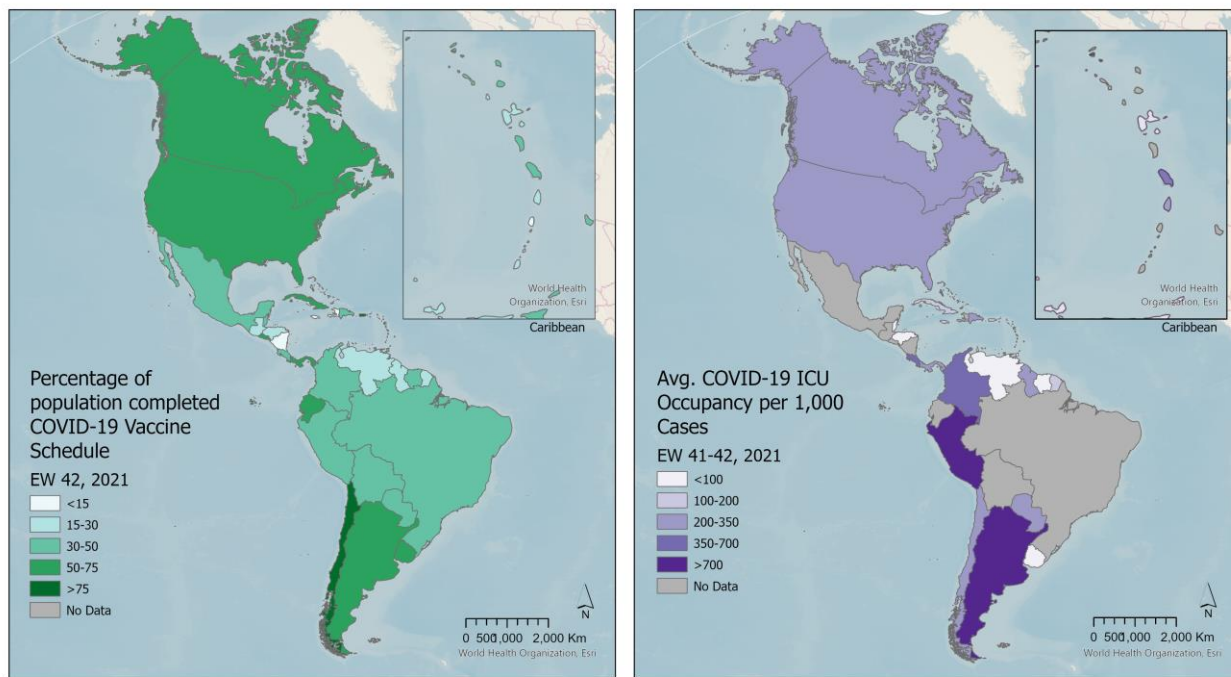
¹⁰ Moghadas, SM, Vilches, TN, Zhang, et al. The impact of vaccination on COVID-19 outbreaks in the United States. *Clin Infect Dis* 2021; Available at: <http://doi.org/10.1093/cid/ciab079>

En **América Central**, Costa Rica tiene una cobertura de vacunación relativamente baja junto con una tasa de ocupación de UCI moderadamente alta (>200 por cada 1.000 casos nuevos). Panamá informó de una cobertura de vacunación superior al 50%, mientras que experimentó una tasa de ocupación de la UCI moderadamente baja en las últimas dos semanas.

En **América del Sur**, Chile tiene una cobertura de vacunación superior al 75% con una tasa de ocupación de UCI baja. Argentina tiene una cobertura de vacunación superior al 50%, pero la ocupación de las UCI parece alta (>700 por cada 1.000 casos nuevos). Colombia y Perú, que tienen una cobertura de vacunación entre 30 y 50%, tienen una ocupación de UCI de 350 por cada 1.000 casos nuevos.

En las **Islas del Caribe y del Océano Atlántico**, Cuba y Puerto Rico tienen una cobertura de vacunación superior al 50%, acompañada de una tasa de ocupación de las UCI relativamente baja. Bahamas y Martinica tienen una cobertura de vacunación <50% con una ocupación actual de UCI relativamente alta (>350 por cada 1.000 casos nuevos).

Figura 6. Porcentaje de la población que ha completado el esquema de vacunación contra el COVID-19 al final de la semana epidemiológica (SE) 42 de 2021 (*izquierda*) frente al promedio de ocupación de la unidad de cuidados intensivos (UCI) del COVID-19 por cada 1.000 casos nuevos de COVID-19 entre la SE 41 y la SE 42 de 2021 (*derecha*). Región de las Américas.



© Pan American Health Organization-World Health Organization 2021. All rights reserved. The designations employed and the presentation of the material in these maps do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the Secretariat of the Pan American Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Fuente: Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para el 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.

COVID-19 durante el embarazo

Grupos de investigadores continúan avanzando en el proceso de generar conocimiento, que ayude a cerrar las brechas que existen relacionadas con el impacto de la infección por SARS-CoV-2 en el desenlace del embarazo, sin embargo, es necesario seguir registrando la información necesaria para contribuir a ese conocimiento.

Se espera que las campañas de vacunación contra la COVID-19, dirigidas a este grupo de la población, junto con las medidas de distanciamiento social, higiene de manos y el uso adecuado de mascarillas faciales contribuyan a mitigar la severidad y la mortalidad hasta ahora observada.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 28 de octubre de 2021, fueron notificadas 325.344 infecciones por SARS-CoV-2 en embarazadas, incluyendo 3,237 defunciones (con una tasa de letalidad de 1.0%) en 33 países y territorios para los cuales se dispone de información; este informe incluye datos de un territorio adicional (Islas Turcas y Caicos) en comparación con el informe anterior.

Al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 27 de septiembre del 2021³ se tienen 21,872 casos adicionales y 214 defunciones adicionales. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados ocurrió en Santa Lucía (37%, 17 casos adicionales) y en Haití (25%, 27 casos adicionales); en cuanto a las defunciones, el incremento relativo más alto se observó en Suriname (38%, 8 defunciones adicionales) y Guatemala (33%, 5 defunciones adicionales) (**Tabla 5**).

Tabla 5. COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 – 28 de octubre* de 2021.

País/Territorio	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Anguila	6	N/D	N/D
Antigua y Barbuda**	4	0	0,00
Argentina	22.328	210	0,94
Bahamas**	101	1	0,99
Belice**	315	2	0,63
Bermuda	11	0	0,00
Bolivia**	3.405	51	1,50
Brasil †	15.086	1.283	8,50
Canadá	8.552	3	0,04
Chile	16.093	16	0,10
Colombia	17.812	190	1,07
Costa Rica	1.281	10	0,78
Cuba	5.827	95	1,63
Ecuador	1.750	55	3,14
El Salvador**	564	15	2,66
Estados Unidos de América	134.687	205	0,15
Guatemala	1.958	15	0,77
Guyana**	13	N/D	N/D
Haití	106	4	3,77
Honduras**	818	56	6,85
Islas Caimán	9	0	0,00
Islas Turcas y Caicos	28	0	0,00
Islas Vírgenes Británicas	3	N/D	N/D
México &	29.813	610	2,05
Panamá &**	2.406	14	0,58
Paraguay &	2.154	87	4,04
Perú &	55.160	185	0,34
República Dominicana	1.935	81	4,19
Saint Kitts y Nevis	15	0	0,00
Santa Lucía	46	0	0,00
Suriname	572	21	3,67
Uruguay	1.709	12	0,70
Venezuela	777	16	2,06
Total	325.344	3.237	1,00

Nota:

N/D: Datos no disponibles

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

† La información presentada para Brasil corresponde a datos extraídos del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de la Gripe (SIVEP-Gripe).

* El 28 de octubre corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. 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 27 de septiembre de 2021.³

Fuentes: Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para el 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.

Según los datos obtenidos de 24 países, en comparación con los datos notificados en 2020, se ha registrado un aumento tanto del número de casos como de defunciones entre las mujeres embarazadas positivas al SARS-CoV-2 (**Tabla 6**). Aunque la mayoría de los países han notificado una razón de mortalidad materna (RMM) más alta en el año en curso, este aumento ha sido especialmente elevado en algunos países como Suriname, donde se observa un aumento del 854% en la RMM al comparar los datos de 2021 con los de 2020. Varios factores pueden explicar las variaciones que se muestran a continuación, entre ellos las diferencias en los sistemas de vigilancia, las estrategias de vigilancia a medida que evoluciona la pandemia, las estrategias de inmunización y la disponibilidad de vacunas para las mujeres embarazadas en los distintos países.

Tabla 6. Indicadores seleccionados de COVID-19 durante el embarazo en países de las Américas. Año 2020 y enero a octubre 2021.

País	Año 2020			Enero - Octubre 2021		
	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	RMM*	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	RMM*
Argentina ^{&}	8.996	41	5,5	13.332	169	22,5
Belice	181	2	24,8	131	0	0,0
Bolivia	963	31	12,5	2.442	20	8,1
Brasil	5.468	256	9,0	9.618	1.027	36,4
Canadá	2.925	1	0,3	5.627	2	0,5
Chile	6.616	2	1,0	9.477	14	10,5
Colombia	7.979	56	7,7	9.833	134	24,4
Costa Rica	335	3	5,2	946	7	0,7
Cuba	180	0	0,0	5.647	95	87,3
Ecuador	1.526	28	8,3	224	27	8,0
El Salvador	272	10	9,0	292	5	4,5
Estados Unidos	68.459	80	2,0	66.228	125	3,1
Guatemala	652	8	1,9	1.306	7	1,6
Haití	79	4	5,1	27	0	0,0
Honduras	508	15	7,2	310	41	19,6
México ^{&}	10.568	205	9,4	19.245	405	26,3
Panamá ^{&}	1.852	4	5,0	561	10	12,5
Paraguay ^{&}	599	1	0,7	1.555	86	60,1
Perú	40.818	81	14,3	14.342	104	18,3
República Dominicana	707	36	17,6	1.228	45	42,1
Santa Lucía	5	0	0,00	24	0	0,0
Suriname ^{&}	184	2	18,9	388	19	180,3
Uruguay	106	0	0,0	1.603	12	25,5
Venezuela	338	9	1,5	439	7	1,1

Nota:

N/D: Datos no disponibles

[&] Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas

*RMM Razón de Mortalidad Materna, calculada sobre las defunciones de embarazadas (y en algunos casos se incluye puérperas) positivas a SARS-CoV-2

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.

COVID-19 en pueblos indígenas

Desde enero de 2020 hasta 28 de octubre de 2021, se notificaron 665,006 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 16,430 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 18 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 7**), lo que representa 31.118 casos adicionales y 678 defunciones adicionales con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 27 de septiembre de 2021.³ En este mismo periodo el mayor incremento relativo de casos se observó en Guatemala, con 23% (8,487 casos adicionales) y Canadá (16%, 7.339 casos adicionales) mientras que el mayor incremento en defunciones se observó en Suriname (17%, 12 defunciones adicionales) y Canadá (13%, 61 defunciones adicionales).

Tabla 7. Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 al 28 de octubre 2021*.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	3.162	115
Belice**	2.093	45
Bolivia**	30.603	575
Brasil	54.351	826
Canadá	45.602	469
Chile	68.425	1.275
Colombia	70.902	2.069
Costa Rica	2.622	36
Ecuador	6.079	222
Estados Unidos de América [‡]	267.593	4.860
Guatemala	36.776	749
Guyana**	95	6
México	33.646	4.155
Panamá**	6.918	123
Paraguay	595	77
Perú	30.947	687
Suriname	2.908	72
Venezuela	1.689	69
Total	665.006	16.430

Nota:

* El 28 de octubre 2021 corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. 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 27 de septiembre de 2021³.

[‡] Actualización no disponible sobre las defunciones en poblaciones indígenas.

Fuente: 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.

COVID-19 en población menor de 20 años

Desde el inicio de la pandemia se conoce que los niños, niñas y adolescentes tienen un menor riesgo de enfermarse y de fallecer por COVID-19 que otros grupos etarios. También se reconoce que los niños y adolescentes están siendo afectados principalmente por las medidas tomadas para controlar la transmisión del virus de la COVID-19. Estos efectos indirectos se refieren a las consecuencias del cierre de las escuelas, las restricciones al movimiento de las personas que limita las oportunidades para el juego y las relaciones con familiares y amigos, la pérdida de trabajo e ingresos que además afectan la salud mental de los cuidadores y sus consiguientes efectos en las relaciones entre niños y sus cuidadores, y la alteración en el funcionamiento de los servicios de salud y los de protección social, entre otros¹¹. Con el fin de apoyar a los Estados Miembros y a los responsables de la toma de decisiones, la OPS/OMS ha publicado consideraciones sobre las medidas de salud pública relacionadas con la escuela para las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad en el contexto de la COVID-19. El informe completo está disponible en: <https://bit.ly/3br5cYM>.

La evidencia disponible hasta el momento sugiere que los niños y adolescentes serían menos susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y transmiten con menos frecuencia el virus que los adultos. Cuando adquieren la infección, son por lo general asintomáticos y cuando enferman, suelen tener enfermedad leve con síntomas semejantes a las enfermedades frecuentes en estas edades. Dentro del grupo de 0-19 años, los estudios sugieren que la susceptibilidad y transmisión son menores en los niños menores de 5 años que en los niños de mayor edad y adolescentes^{12,13,14,15,16}

Aunque se necesitan más estudios, algunos sugieren que los niños, como en el caso de los adultos, pueden presentar síntomas de larga duración relacionados con la infección por el SARS-CoV-2.^{17,18} Los resultados de un estudio de cohorte prospectivo en el que participaron niños entre 5 y 17 años de edad en el Reino Unido mostraron que, aunque la enfermedad suele ser breve y con poca carga viral en los niños, menos del 2% presentó una enfermedad de larga duración tras la infección por el SARS-CoV-2.¹⁹

¹¹ Grupo de las Naciones Unidas para el desarrollo sostenible. Resumen de políticas: El impacto de COVID-19 en los niños. Abril 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2MYdL4O>

¹² Gaythorpe, K. A., Bhatia, S., Mangal, T., et al. Children's role in the COVID-19 pandemic: a systematic review of early surveillance data on susceptibility, severity, and transmissibility. Imperial College London. 3–26. <https://doi.org/10.25561/84220>

¹³ Viner, R. M., Mytton, O. T., Bonell, C., et al. Susceptibility to SARS-CoV-2 Infection among Children and Adolescents Compared with Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Pediatrics*, 175(2), 143–156. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.4573>

¹⁴ Viner, R. M., Russell, S., Saullé, R., et al. Impacts of school closures on physical and mental health of children and young people: a systematic review. *MedRxiv*, 2021.02.10.21251526. <https://doi.org/10.1101/2021.02.10.21251526>

¹⁵ Davies, N.G., Klepac, P., Liu, Y. et al. Age-dependent effects in the transmission and control of COVID-19 epidemics. *Nat Med* 26, 1205–1211 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0962-9>

¹⁶ Leidman E, Duca LM, Omura JD, Proia K, Stephens JW, Sauber-Schatz EK. COVID-19 Trends Among Persons Aged 0–24 Years — United States, March 1–December 12, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2021; 70:88–94. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7003e1>

¹⁷ Buonsenso D, Munblit D, De Rose C, et al. Preliminary evidence on long COVID in children. *Acta Paediatr*. 2021;110(7):2208-2211. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15870>

¹⁸ Brackel, L.H., Lap, C.R., Buddingh, E.P. et al. Pediatric long-COVID: An overlooked phenomenon? *Pediatric Pulmonology*, 2021 (56); 2495-2502. DOI: <https://doi.org/10.1111/apa.15870>

¹⁹ Molteni, E., Sudre, C.H., Canas, L.S., et al. Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2021. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00198-X](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00198-X).

El último informe científico de la OMS sobre el COVID-19 en niños y adolescentes resume los conocimientos actuales sobre la adquisición y transmisión del SARS-CoV-2 en esta población. El informe completo está disponible en: <https://bit.ly/3pOg4Zm>.

Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19

A nivel global, diversos reportes y publicaciones científicas han descrito grupos de niños y adolescentes que requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos debido a una afección inflamatoria multisistémica con algunas características clínicas similares a las de la enfermedad de Kawasaki y el síndrome de choque tóxico. A partir de la evidencia disponible, la Organización Mundial de la Salud ha brindado la definición de caso de este evento denominado síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19, disponible en: <https://bit.ly/35DFNcX>

Si bien es cierto el SIM-P es un evento poco frecuente, estos casos tienen una presentación clínica grave y pueden tener un desenlace fatal, lo que representan importantes desafíos para los sistemas de salud.

En la Región de las Américas, desde junio del 2020, la OPS/OMS inició la vigilancia activa de casos SIM-P, invitando a los Estados Miembros a compartir variables mínimas de vigilancia epidemiológica que permitan caracterizar el SIM-P en la Región.

Desde mediados de mayo de 2020 al 29 de octubre de 2021, 27 países y territorios de la región de las Américas han notificado 8.220 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 160 defunciones (tasa de letalidad 1,95%); otros tres países/territorios, **Martinica, Santa Lucía y Uruguay**, han notificado recientemente casos de SIM-P por primera vez (**Tabla 8**). Durante este mismo periodo, 21 países y territorios han comunicado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM-P.

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 27 de septiembre de 2021³, al 29 de octubre de 2021, se registraron 673 casos adicionales y 7 defunciones adicionales.

En la medida que aumentan los casos de SIM-P, es importante que cada país/territorio caracterice los casos²⁰ para comprender mejor la presentación y evolución clínica, la gravedad y el tratamiento..

²⁰ Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>

Tabla 8. Casos acumulados confirmados y defunciones de síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas. Mayo 2020 a 29 de octubre 2021.

País/Territorio	Número de Casos Confirmados	Número de Casos Confirmados
Argentina	215	1
Barbados	2	1
Bolivia	1	1
Brasil	1.347	82
Canadá	145	0
Chile	395	5
Colombia	17	6
Costa Rica	50	1
Cuba	3	0
Ecuador	28	0
El Salvador	30	0
Estados Unidos de América	5.311	46
Guadeloupe	15	0
Guatemala	2	0
Guyana Francesa	3	0
Martinica	13	0
Panamá	81	2
Paraguay	145	9
Perú	21	0
Puerto Rico	*	*
República Dominicana	144	6
San Lucía	1	0
San Martín	2	0
Trinidad y Tobago	29	0
Uruguay	22	0
Venezuela	195	0
Total	8.220	160

Nota:

* El 29 de octubre corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. 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.

Según el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, los datos correspondientes a este país incluyen 52 jurisdicciones estadounidenses (incluidos 49 estados, la ciudad de Nueva York, Puerto Rico y Washington, DC). Disponible en: <https://bit.ly/2SrKBOj>

Fuente: 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-P en las Américas.

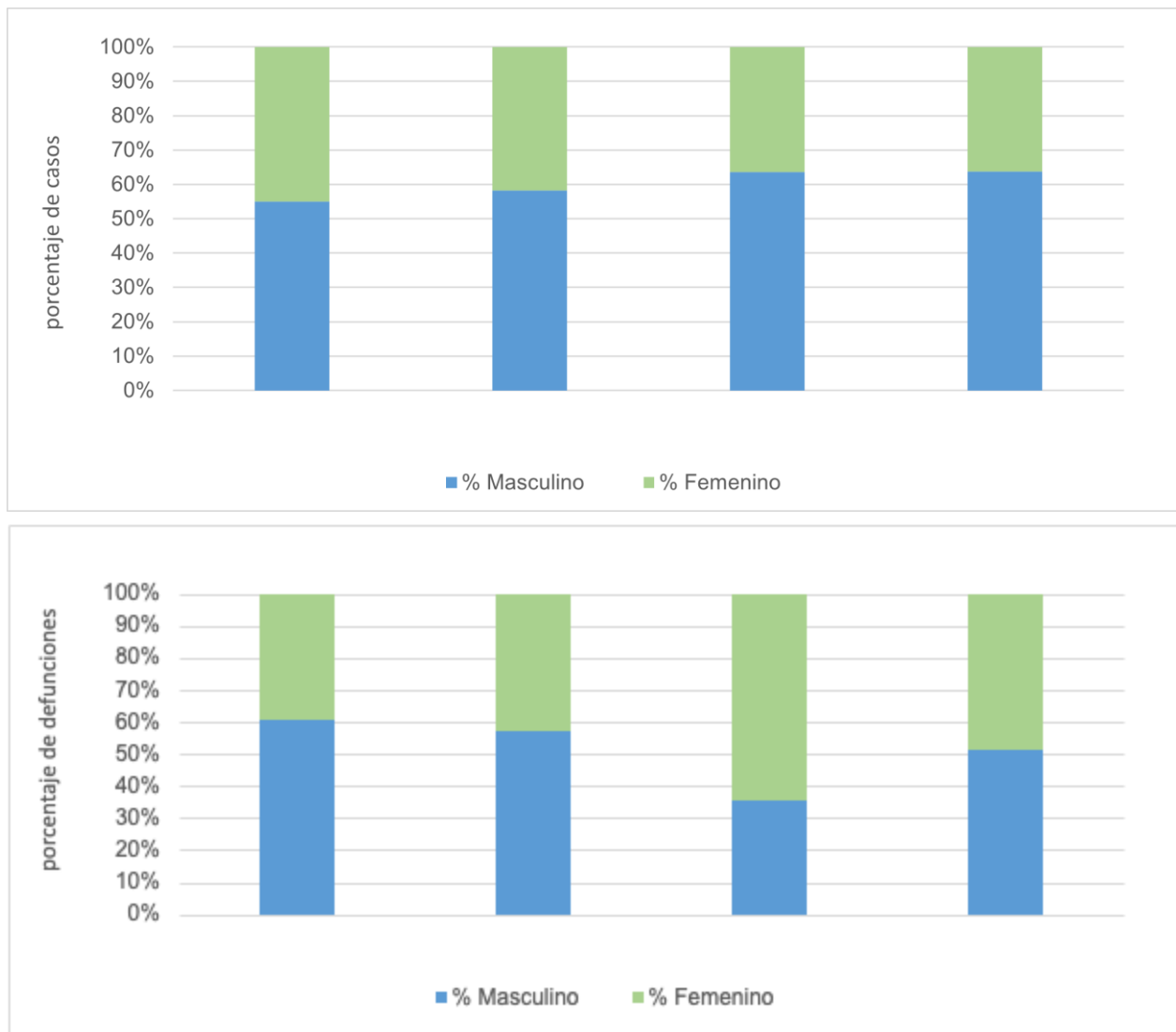
Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo ($n=7.758$), la distribución de los casos entre los grupos de edad fue del 30% entre los 0 y los 4 años, del 33% entre los 5 y los 9 años, del 26% entre los 10 y los 14 años y del 11% entre los 15 y los 19 años (los Estados Unidos de América incluyen a los 20 años en este grupo de edad). En cuanto a la distribución por sexos, el 59% de los casos eran hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 156 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 33% en el grupo etario de 0 a 4 años, 22% de 5 a 9 años, 20% de 10 a 14 años y 25% entre 15 a 19 años; el 53% de los casos fueron hombres.

Entre los casos por grupo de edad y sexo, la distribución de hombres frente a mujeres entre los niños de 0 a 4 años (55% hombres, 45% mujeres) y de 5 a 9 años (58% hombres, 42% mujeres) es menor que la distribución general de los casos de SIM-P por sexo (59% hombres, 41% mujeres), mientras que la distribución entre los niños de 10 a 14 años y de 15 a 19 años (64% hombres, 36% mujeres, respectivamente) es mayor, con aproximadamente dos tercios de los casos de SIM-P entre los hombres para cada uno de estos dos grupos de edad (**Figura 7a**).

Entre las defunciones por grupo de edad y sexo, la distribución de hombres frente a mujeres entre los niños de 0 a 4 años (61% hombres, 39% mujeres) y de 5 a 9 años (57% hombres, 43% mujeres) es mayor que la distribución general de los casos mortales de SIM-P por sexo (53% hombres, 47% mujeres), mientras que la distribución entre los niños de 15 a 19 años (51% hombres, 49% mujeres) se ajusta en general a la distribución general observada en los casos de SIM-P. Por el contrario, entre los jóvenes de 10 a 14 años, la proporción entre las mujeres es mayor que la de los hombres (35% hombres, 65% mujeres). (**Figura 7b**). Los posibles factores que contribuyen a estas diferencias justifican una mayor investigación y deben continuar siendo monitoreados.

Figura 7a-b. Porcentaje de casos confirmados y defunciones por síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) relacionados temporalmente con COVID-19 en la Región de las Américas, por grupo de edad y sexo. Mayo de 2020 al 29 de octubre de 2021*.



Nota:

* El 29 de octubre corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. 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.

Según el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, los datos correspondientes a este país incluyen 52 jurisdicciones estadounidenses (incluidos 49 estados, la ciudad de Nueva York, Puerto Rico y Washington, DC). Disponible en: <https://bit.ly/2SrKBOj>

Fuente: 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.

COVID-19 en trabajadores de la salud

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 28 de octubre, se han notificado al menos 2.176.474, incluidas 11.840 defunciones, de acuerdo con la información disponible de 41 países y territorios de las Américas (**Tabla 9**). Estos datos incluyen 167.794 casos y 788 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica del 27 de septiembre de 2021.³ El total representa 14.5% del personal de salud total, estimado en 15 millones.²¹

²¹ OPS/OMS Rueda de prensa semanal sobre la COVID-19. Palabras de apertura de la directora, 12 de mayo de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3uEhbKC>

Tabla 9. Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero 2020 al 28 de octubre de 2021*.

País/Territorio	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Anguila	10	0
Antigua y Barbuda	44	2
Argentina	99.036	617
Aruba	290	0
Bahamas	955	14
Belice	340	2
Bermuda	58	0
Bolivia	28.418	456
Bonaire	102	1
Brasil	654.724	894
Canadá	113.105	64
Chile	65.326	135
Colombia	67.152	335
Costa Rica	8.969	57
Curazao	134	0
Dominica	1	0
Ecuador	13.332	156
El Salvador	7.643	79
Estados Unidos de América	688.902	2.320
Granada	14	0
Guatemala	8.642	65
Haití	781	3
Honduras**	13.668	115
Islas Vírgenes Británicas	141	0
Islas Caimán**	29	0
Islas Malvinas	12	0
Jamaica**	861	4
México£	282.036	4.497
Panamá	8.657	112
Paraguay	17.722	183
Perú	75.536	1.471
República Dominicana	1.409	22
Santa Lucía	213	0
Saint Kitts y Nevis**	34	0
San Vicente y las Granadinas	31	0
San Eustaquio	8	0
Sint Maarten	64	0
Suriname	1.722	3
Islas Turcas y Caicos	108	0
Uruguay	9.439	28
Venezuela	6.806	205
Total	2.176.474	11.840

Nota: * El 28 de octubre corresponde a la fecha del informe más reciente recibido por la OPS/OMS. 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 27 de septiembre de 2021.³

£ La información que México presenta corresponde a la variable ocupación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedad Respiratoria Viral (SISVER). El análisis refleja los casos que refirieron desempeñar una ocupación relacionada a la salud. Es importante aclarar que la información recabada en SISVER no permite

identificar si el contagio sucedió en el lugar de trabajo, en el hogar o la comunidad; tampoco establece si el personal de salud se encuentra laborando actualmente en una unidad de atención médica.

Fuente: 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/3jFrDgf>

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/30zjmCi</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y 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 y https://bit.ly/3i8IJIR</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 y https://bit.ly/2LgILNX</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 y https://bit.ly/3oARxDH</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 y https://bit.ly/3i5rNN6</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 y https://bit.ly/3i5rNN6</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/3d66iJO</p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: https://bit.ly/2SyV6Mg y https://bit.ly/3i5rNN6</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 y https://bit.ly/3i5rNN6</p>

Referencias

1. OPS/OMS. Actualización epidemiológica: enfermedad por coronavirus (COVID-19). 27 de septiembre de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3BrpE6v>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicado el 26 de octubre de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
4. Ministerio de Salud de **Brasil**. Disponible en: <https://bit.ly/3vb3JP2> y <https://bit.ly/2OnJAVg>
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Canadá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
6. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Haití**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Países Bajos**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico

18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Reino Unido**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
20. **Estados Unidos** de América. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Datos sobre COVID-19 durante el embarazo. Disponible en: <https://bit.ly/2SWWyYI>. Síndrome inflamatorio multisistémico en niños (MIS-C), disponible en: <https://www.cdc.gov/mis-c/>. Datos sobre COVID-19 entre el personal sanitario. Disponible en: <https://bit.ly/3j3YGvW>.
21. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
22. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico