



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

# Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

15 de enero de 2021

## Contexto

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

## Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 15 de enero de 2021, se han notificado 91.492.398 casos acumulados confirmados de COVID-19, incluidas 1.979.507 defunciones en todo el mundo, lo que representa un total de 23.326.521 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 422.122 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 11 de diciembre de 2020<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> 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>

<sup>2</sup> Anuncio de la evaluación independiente de la respuesta mundial a COVID-19. Disponible en:

<https://bit.ly/3bli4gC>

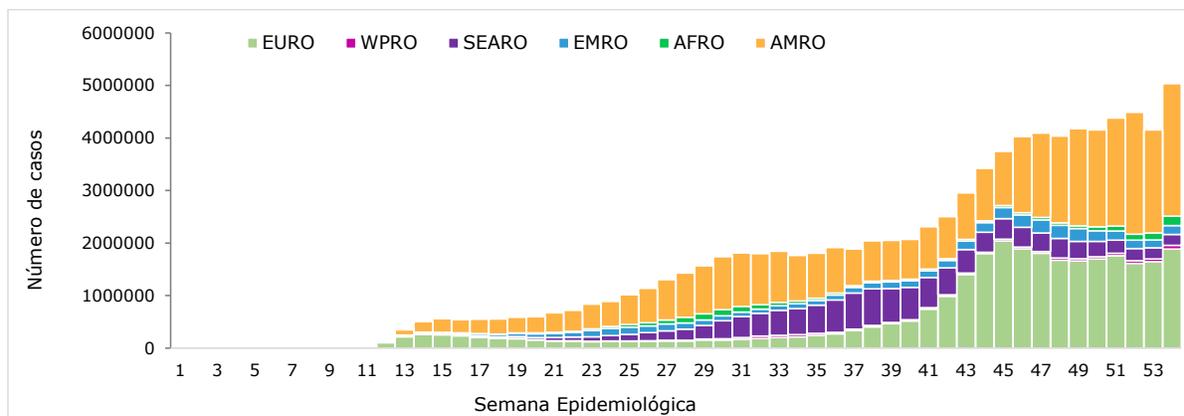
<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 11 de diciembre de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2lJ0ifa>

**Cita sugerida:** Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 15 de enero de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

Organización Panamericana de la Salud • [www.paho.org](http://www.paho.org) • © OPS/OMS, 2021

Al 15 de enero de 2021, del total de casos confirmados acumulados a nivel global, las regiones de la OMS de las Américas y de Europa, representan 77% del total de casos y 80% del total de defunciones. Con la región de las Américas aportando 44% del total casos (40.548.449 casos) y 48% del total de las defunciones (940.455 defunciones) y la región de Europa que representa 33% del total de casos (29.748.909) y 33% del total de defunciones (649.106 defunciones) (**Figura 1**).

**Figura 1.** Distribución de casos confirmados acumulados de COVID-19, por regiones de la OMS y semana epidemiológica (SE). SE 1 de 2020 a 1 de 2021.



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

**Fuente:** Tablero de datos de la OMS de la COVID-19 al 15 de enero de 2021. Disponible en: <https://covid19.who.int/>, accedido el 15 de enero de 2021.

## Resumen de la situación en la Región de las Américas

Los 56 países y territorios de la Región de las Américas<sup>4</sup> han notificado casos y defunciones de COVID-19. Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 11 de diciembre de 2020<sup>3</sup> hasta el 14 de enero de 2021, fueron notificados 11.409.052 casos confirmados de COVID-19, incluidas 179.547 defunciones adicionales en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 28% de casos y de 19% de defunciones.

Durante el mismo periodo, se observó un incremento relativo de casos y defunciones en todas las subregiones, siendo la región de América del Norte<sup>5</sup>, donde ocurrió el mayor incremento, con 8.529.913 casos adicionales, incluidas 128.087 defunciones adicionales, lo que representa un aumento relativo de 34% y 24% respectivamente. El resto de las subregiones, incrementaron de la siguiente manera, en orden decreciente: América Central<sup>6</sup> con 24 % de incremento en casos y 20% de incremento en defunciones, las Islas del Caribe y del Océano

<sup>4</sup> 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/3lhSWM1>.

<sup>5</sup> Canadá, Estados Unidos de América y México.

<sup>6</sup> Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

Atlántico<sup>7</sup> con 22% de aumento en casos y 12% de aumento en defunciones y América del Sur<sup>8</sup> con 18% de aumento en casos y 12% aumento en defunciones.

El incremento de casos en todas las Américas, también se refleja en la intensidad de la transmisión, hasta el 14 de enero de 2021, se observaba transmisión comunitaria en 35 de los 56 países y territorios. Del total de casos confirmados en el año 2020, 43% ocurrieron entre noviembre y diciembre, siendo diciembre el mes con el más alto número de casos notificados.

Respecto a las defunciones, 35% ocurrieron entre octubre y diciembre y 25% entre julio y agosto; siendo agosto el mes con el número más alto de defunciones.

Cuando el periodo de observación de la tendencia se disminuye a los últimos 7 días, 16 de los 56 países y territorios de las Américas presentan aumentos  $\geq 50,0\%$ , en el número de casos confirmados, con un rango entre 50% y 3.200%; mientras que 11 de ellos presentan incremento entre 68% y 500% en las defunciones confirmadas (**Tabla 1**).

**Tabla 1.** Tendencia observada de casos y defunciones acumuladas por COVID-19 en países y territorios de las Américas, con incremento  $\geq 50,0\%$ , en los últimos 7 días, hasta el 14 de enero de 2021.

País/Territorio	Sub-Región	Casos confirmados			Defunciones confirmadas			# Casos acumulados recuperados	Tipo de transmisión
		Tendencia del promedio móvil de 7 días	# Casos acumulados	% de cambio en 7 días	Tendencia del promedio móvil de 7 días	# Defunciones acumuladas	% de cambio en 7 días		
Guatemala	América Central		146,937	91%		5,151	94%	133,082	Comunitaria
Honduras			131,009	99%		3,320	106%	59,647	Comunitaria
Brasil	América del Sur		8,256,536	50%		205,964	37%	7,277,195	Comunitaria
Perú			1,043,640	63%		38,473	30%	973,374	Comunitaria
Venezuela			117,811	62%		1,084	68%	111,616	Comunitaria
									Comunitaria
Antigua y Barbuda	Islas del Caribe y del Océano Atlántico		184	425%		6	0%	156	Esporádica de casos
Aruba			6,228	13%		52	100%	5,552	Comunitaria
Cuba			16,549	90%		160	500%	12,699	Conglomerado de casos
Guadalupe			8,834	61%		156	0%	2,242	Comunitaria
Guyana			6,696	228%		170	100%	6,063	Conglomerado de casos
Haití			10,569	95%		238	0%	8,888	Comunitaria
Jamaica			13,915	1%		322	300%	11,592	Comunitaria
Martinica			6,227	323%		43	0%	98	Comunitaria
San Bartolomé			224	3200%				94	Esporádica de casos
Santa Lucía			502	314%		6	0%	319	Conglomerado de casos
Sant Martín			1,046	529%		12	0%	598	Transmisión comunitaria
Sant Vicente y las Granadinas			340	537%				106	Esporádica de casos
Suriname			7,247	20%		139	160%	6,477	Conglomerado de casos
Trinidad y Tobago			7,305	70%		129	100%	6,891	Transmisión comunitaria

**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.

<sup>7</sup> Anguilla, Antigua and Barbuda, Aruba, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bonaire, British Virgin Islands, Cayman Islands, Cuba, Curacao, Dominica, Dominican Republic, Falkland Islands, Grenada, Guadeloupe, French Guiana, Guyana, Haití, Jamaica, Martinique, Montserrat, Puerto Rico, Saba, Saint Barthelemy, Saint Kitts and Nevis, Sint Eustatius, Saint Lucia, Saint Martin, Saint Pierre and Miquelon, Sint Marteen, Saint Vincent and the Grenadines, Suriname, Trinidad and Tobago, Turks and Caicos and the United States Virgin Islands.

<sup>8</sup> Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

## Aspectos destacados

### I. Variantes de SARS-CoV-2

Tal como la OPS/OMS comunicó en el documento titulado "**Ocurrencia de variantes de SARS-CoV-2 en las Américas. Información preliminar**", publicado el 11 de enero de 2021<sup>9</sup>, 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 la denominación de clado, linaje, variante, etc., son arbitrarias y no corresponden a una jerarquía taxonómica oficial.

Con la información disponible a la fecha, la mayoría de los cambios del SARS-CoV-2 han tenido poco o ningún impacto en cómo se transmite o en la gravedad de la enfermedad que causa.

Informes recientes acerca de dos variantes diferentes de SARS-CoV-2 han sido notificadas a la OMS como eventos inusuales de salud pública: en el **Reino Unido e Irlanda del Norte**, denominada VOC 202012/01, perteneciente al linaje B.1.1.7 y en **Sudáfrica**, denominada 501Y.V2, perteneciente al linaje B.1.351.

Hallazgos y datos preliminares, tanto epidemiológicos, de modelización, filogenéticos y clínicos sugieren que el SARS-CoV-2 VOC 202012/01 posee mayor transmisibilidad. Sin embargo, los análisis preliminares hasta la fecha no indican cambios en la gravedad de la enfermedad (medida por la duración de la hospitalización y la tasa de letalidad a los 28 días), o la aparición de reinfección entre los casos positivos a esta variante en comparación con casos por otros linajes de SARS-CoV-2 que circulan en el Reino Unido. Aun sin que se observe mayor gravedad en los casos, preocupa el aumento de transmisibilidad, porque se asocia a un importante impacto de salud pública, debido al aumento de casos en un plazo de tiempo limitado.

Hasta el 12 de enero de 2021, fuera del Reino Unido, 50 países y territorios de cinco de las seis regiones de la OMS han notificado casos de VOC 202012/01.

Por otra parte, con relación a la variante 501Y.V2, fuera de Sudáfrica, 20 países y territorios, en las seis regiones de la OMS, han notificado casos de esta variante.

En Sudáfrica, se ha observado que la nueva variante del SARS-CoV-2 se está extendiendo rápidamente en las provincias de Eastern Cape, Western Cape y KwaZulu-Natal y ha reemplazado en gran medida a otros virus del SARS-CoV-2 que circulan en esas provincias.

Si bien los datos genómicos destacaron que la variante 501.V2 desplazó rápidamente a otros linajes que circulan en Sudáfrica, y los estudios preliminares sugieren que la variante está asociada con una carga viral más alta, lo que puede sugerir un potencial de mayor

---

<sup>9</sup> OPS/OMS. Ocurrencia de variantes de SARS-CoV-2 en las Américas. Información preliminar. al 11 de enero de 2021, Washington, D.C. OPS/OMS. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2Le7BeX>

transmisibilidad, esto, así como otros factores que influyen transmisibilidad, están sujetos a más investigación. Además, en esta etapa, no hay evidencia clara de que la nueva variante esté asociada con una enfermedad más grave o peores resultados. Se necesitan más investigaciones para comprender el impacto en la transmisión, la gravedad clínica de la infección, los diagnósticos de laboratorio, la terapéutica, las vacunas o las medidas preventivas de salud pública<sup>10</sup>. Aunque esta nueva variante no parece causar enfermedad más grave, el rápido aumento observado en el número de casos ha colocado a los sistemas de salud bajo presión<sup>11</sup>.

El 9 de enero, **Japón** notificó a la OMS sobre una nueva variante del SARS-CoV-2, B.1.1.28 (inicialmente informada como B.1.1.248), detectado en cuatro viajeros procedentes de Brasil. Esta variante tiene 12 mutaciones en la proteína Espícula, que incluyen tres mutaciones de interés en común con 501Y.V2, es decir, K417N / T, E484K y N501Y, que pueden afectar la transmisibilidad y respuesta inmune del huésped. Investigadores en **Brasil** también han informado de la aparición de una variante similar, también con una mutación E484K, que probablemente ha evolucionado independientemente de la variante detectada entre los viajeros. El alcance y la importancia para la salud pública de estas nuevas variantes requieren más investigación epidemiológica y de laboratorio<sup>11</sup>.

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 14 de enero de 2021, 8 países han notificado la detección de la variante VOC 202012/01, un país la detección de la variante 501Y.V2 y un país la detección de mutaciones de potencial interés para la salud pública (**Tabla 2**).

**Tabla 2.** Detección de la variante SARS-CoV-2 VOC 202012/01, la variante 501Y.V2 y otras mutaciones de interés para la salud pública en la Región de las Américas, al 14 de enero de 2021.

País	Variante SARS-CoV-2 VOC 202012/01	Variante 501Y.V2	Otras mutaciones de potencial interés para la salud pública
Brasil	Si	Si	Si (Mutaciones del SARS-CoV-2 (E484K))
Canadá	Si	Si	No
Chile	Si	No	No
Ecuador	Si	No	No
Estados Unidos de América	Si	No	No
Jamaica	Si	No	No
México	Si	No	No
Perú	Si	No	No

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

<sup>10</sup> OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 5 de enero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3oGtAeg>

<sup>11</sup> OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 12 de enero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2Knzxm>

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

El envejecimiento se caracteriza por una disminución progresiva y heterogénea de la reserva fisiológica de todos los sistemas de órganos, aunque a diferentes ritmos que variarán en diferentes individuos. Se produce una reducción funcional y de la capacidad de reparación. El mayor riesgo de la pérdida de la reserva funcional está exacerbado por la mayor prevalencia de enfermedades coexistentes<sup>12</sup>, condiciones que aumentan a medida que avanza la edad, lo que lleva a una mayor adquisición de infecciones, dejando a los adultos mayores como uno de los grupos más vulnerables a perder la vida a causa de la COVID-19. Es así como en la mayoría de los países, se ha observado que el grupo de personas de 60 años y más presentan tasas de mortalidad específica por edad muy por encima del grupo etario de 59 años y menos. Es de esperar que, con la determinación de que este grupo etario sea prioritario para recibir las vacunas contra la COVID-19, su tasa específica de mortalidad disminuya

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

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

**Tabla 3.** Proporción de población, casos acumulados, defunciones y tasas de mortalidad específica por edad en adultos mayores. Región de las Américas, al 14 de enero\* de 2021.

Indicador	Grupo etario	Costa Rica	Guatemala	Jamaica	Trinidad y Tobago	Paraguay
% Población general	≤ 59 años	86	92	87	83	90
	≥60 años	14	8	13	17	10
% Casos	≤ 59 años	88	87	84	86	88
	≥60 años	13	13	16	14	12
% Defunciones	≤ 59 años	20	43	28	32	26
	≥60 años	80	57	72	68	74
Tasa de mortalidad específica por 100.000 hab.	≤ 59 años	0,2	18,3	3,3	3,4	9,7
	≥60 años	5,6	163,4	55,7	36,3	252,2

### Notas:

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

\* El 14 de enero de 2021 corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

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

Los datos presentados en la tabla 3, no son comparables entre los 5 países<sup>13</sup>; sin embargo, se pueden observar los siguientes aspectos:

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

<sup>13</sup> Debido a que las fuentes sobre la población general son diferentes, las tasas no fueron ajustadas y los periodos de tiempo analizados, tampoco son los mismos.

- La proporción de población de adultos mayores, varía en un rango entre 8 y 17%.
- La proporción de casos de COVID-19 en adultos mayores está en un rango de 12% a 16%.
- La proporción de defunciones por COVID-19 en adultos mayores, es mayor a 50% en (rango 57% a 80%)
- Las tasas específicas de mortalidad en las personas 60 años superan a las tasas específicas de mortalidad de las personas menores de 60 años en un rango entre 11 y 28 veces.

### III. COVID-19 durante el embarazo

La información precisa, aportada por fuentes confiables, reconocidas como tal por la población, contribuye a disminuir el miedo y la ansiedad causada por la pandemia de COVID-19. Durante el tiempo de esta pandemia, las redes sociales han tenido un rol importante, no tan solo al facilitar las comunicaciones entre las personas, sino también en ser plataformas a través de las cuales las personas expresan sus sentimientos y comparten información, no necesariamente exenta de errores.

En un estudio, cuyo objetivo fue caracterizar el contenido de una muestra internacional de tweets relacionados con el embarazo y la salud mental durante la primera ola de COVID-19, de marzo a junio de 2020, se analizaron 192 tuits: 51 de particulares, 37 de empresas, 56 de organizaciones sin fines de lucro y 48 de profesionales / investigadores de la salud. Los resultados mostraron discrepancias entre tweets individuales y no individuales. Las mujeres expresaron ansiedad, síntomas depresivos, problemas para dormir y angustia relacionada con el aislamiento<sup>14</sup>.

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 14 de enero de 2021, fueron notificadas 139.016 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 802 defunciones (1%) en 19 países para los cuales se dispone de información (**Tabla 4**), cifra que representa un incremento de 18.065 casos nuevos y 105 nuevas defunciones, al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 11 de diciembre de 2020<sup>3</sup>. Usando la misma comparación, el incremento relativo más alto en los casos confirmados acumulados y en las defunciones se observó en Venezuela

---

<sup>14</sup> Talbot, J.; Charron, V.; Konkle, A.T. Feeling the Void: Lack of Support for Isolation and Sleep Difficulties in Pregnant Women during the COVID-19 Pandemic Revealed by Twitter Data Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 393.

**Tabla 4.** Número acumulado de mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV-2, defunciones y razón de mortalidad materna, según país. Región de las Américas, al 14 de enero\* de 2021.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Razón de Mortalidad Materna <sup>¥</sup>
Argentina	8.222	38	5.0
Bolivia**	891	25	10.1
Belice**	103	2	25.0
Brasil	4.880	252	8.7
Chile	7.998	1	0.4
Colombia	6.245	54	7.4
Costa Rica	286	3	7.8
Cuba	11	0	0.0
Ecuador	1.595	24	6.8
Estados Unidos de América	55.154	66	N/D
Guatemala	501	5	1.0
Haití**	76	4	1.5
México <sup>&amp;</sup>	10.188	221	10.1
Panamá <sup>&amp;**</sup>	903	4	5.5
Paraguay	599	1	0.7
Perú <sup>&amp;</sup>	40.648	76	13.2
República Dominicana	295	19	9.2
Uruguay	82	0	0.0
Venezuela	339	7	1.2
<b>Total</b>	<b>139.016</b>	<b>802</b>	

**Notas:**

N/D= Datos no disponibles

\* El 14 de enero de 2021 corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales 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 11 de diciembre de 2020<sup>3</sup>.

& 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.

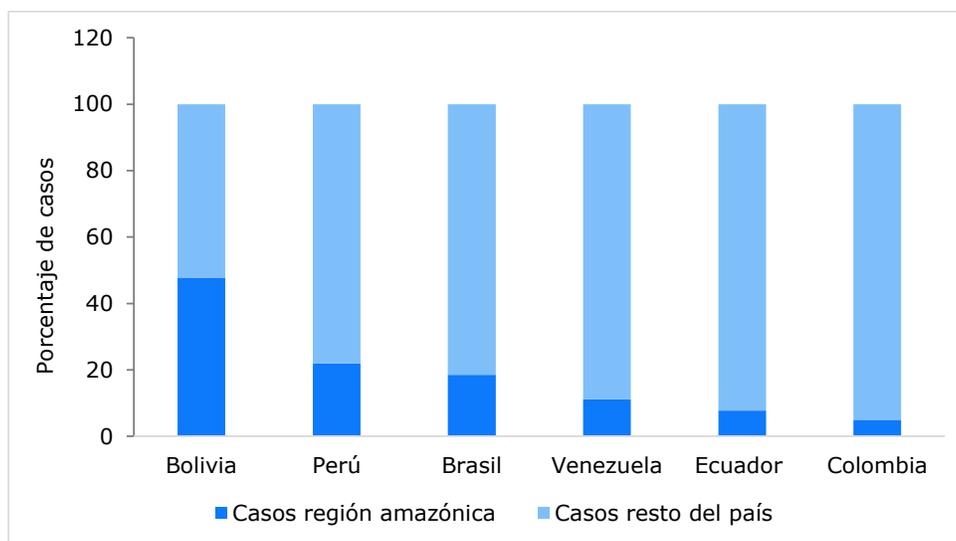
## IV. COVID-19 en pueblos indígenas

En un informe<sup>15</sup> sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en la Panamazonía, publicado por la Red Eclesial Panamazónica (REPAM)<sup>16</sup>, se presenta la información concerniente al número de casos y defunciones por COVID-19 en las Jurisdicciones Eclesiásticas amazónicas de cada uno de los países de la región (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana, Guayana Francesa, Perú, Surinam y Venezuela). El informe cubre el periodo entre marzo y octubre de 2020.

De acuerdo con el informe, la población amazónica es de 33,6 millones de personas y el número de casos de COVID-19 es 1.377.609, incluidas 34.054 defunciones. Del total de casos, 5,3% corresponden a población indígena y 6,3% de las defunciones, también corresponden a este grupo.

Con relación a la distribución geográfica de los casos, **Bolivia** destaca porque del total de casos del país, 48% corresponden a la región amazónica. Cabe considerar que la Amazonía boliviana constituye 65% del territorio nacional. Al comparar estos datos, con los otros países analizados, se observa que **Perú**, con una región amazónica de 60,6%, la proporción de casos era de 22%; **Brasil**, con 56% de su territorio correspondiente a la amazonía, presentaba 19% de sus casos en esta región; **Ecuador**, con 45,7% de su territorio en la amazonía, 8% de sus casos ocurrieron en esta región; en **Colombia**, la amazonía equivale al 42% de su territorio total y 4,99% de sus casos ocurrieron en esta región y finalmente **Venezuela**, con 11,13% de sus casos en un territorio que comprende solamente el 5,56% de su territorio nacional<sup>25</sup> (**Figura 2**).

**Figura 2.** Distribución porcentual de casos de COVID-19 en países de la Panamazonía. Marzo a octubre de 2020.



**Fuente:** Datos publicados por la REPAM<sup>16</sup> y reproducidos por la OPS/OMS

<sup>15</sup> Informe elaborado por la Red Eclesial Panamazónica – REPAM realiza un análisis basado en el monitoreo de la evolución de la pandemia en el territorio Panamazónico de marzo a octubre de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2MOOzNE>

<sup>16</sup> Red Eclesial Panamazónica <https://redamazonica.org/>

Desde los primeros casos confirmados de COVID-19 en las Américas hasta el 14 de enero de 2021, se notificaron 303.734 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 4.406 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 14 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 5**), lo que representa un incremento de 66.371 casos confirmados, incluidas 458 defunciones adicionales con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 11 de diciembre de 2020<sup>3</sup>. El incremento relativo más alto<sup>17</sup> en el número de casos y defunciones ocurrió en Canadá.

**Tabla 5.** Número de casos confirmados acumulados y defunciones por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas, al 14 de enero\* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Bolivia**	3.485	151
Brasil	38.909	496
Canadá	11.753	112
Colombia	30.432	970
Ecuador**	4.668	164
Estados Unidos de América	162.719	N/D
Guatemala**	14.316	321
Guyana**	95	6
México**	13.565	1.965
Panamá**	2.841	53
Paraguay	253	24
Perú	19.405	98
Suriname	432	12
Venezuela**	861	34
<b>Total</b>	<b>303.734</b>	<b>4.406</b>

**Notas:**

N/D: datos no disponibles

\* El 14 de enero 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 11 de diciembre 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, Agencias de Salud, Organizaciones indígenas o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

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

En **Suriname**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19<sup>18</sup> hasta el 11 de diciembre de 2020, fueron notificados 432 casos de COVID-19 en pueblos indígenas, incluidas 12 defunciones.

Del total de casos confirmados de COVID-19 en el país, los pueblos indígenas, contribuyen con 9% de los casos, con una tasa de incidencia de 2.123 por 100.000 habitantes, la más alta en comparación con otros grupos étnicos del país y la tasa de letalidad entre los indígenas alcanza a 2,78%.

<sup>17</sup> Considerando los países para los cuales se dispone de información.

<sup>18</sup> 13 de marzo de 2020

## V. Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19<sup>19</sup>

El 15 de mayo de 2020, la OMS publicó un Informe científico<sup>20</sup> 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 14 de enero de 2021, se mantiene un total de 17 países / territorios de la Región de las Américas que han notificado oficialmente a la OPS / OMS o han publicado información a través de un sitio web oficial un total de 2.737 casos confirmados acumulados de SIM que coinciden cronológicamente con la COVID-19, incluidas 78 defunciones (**Tabla 6**). Esta cifra, representa un incremento relativo de 17% en casos (462 casos adicionales) y 8% en defunciones (6 defunciones adicionales), respecto de la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 11 de diciembre de 2020<sup>3</sup>.

Por otra parte, al 14 de enero de 2021, 25 países / territorios han informado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM.

---

<sup>19</sup> 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  $\geq 3$  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.

<sup>20</sup> Disponible en: <https://bit.ly/3mw35XY>

**Tabla 6.** Casos acumulados confirmados y defunciones de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas, al 14 de enero\* de 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	65	1
Brasil	631	40
Canadá	11	0
Chile	151	2
Costa Rica	27	0
Colombia	3	0
Cuba	2	0
Ecuador	8	0
El Salvador	17	0
Estados Unidos de América	1.659	26
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	5	1
Paraguay	47	3
República Dominicana	102	5
<b>Total</b>	<b>2.737</b>	<b>78</b>

**Nota:**

\* El 14 de enero 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.

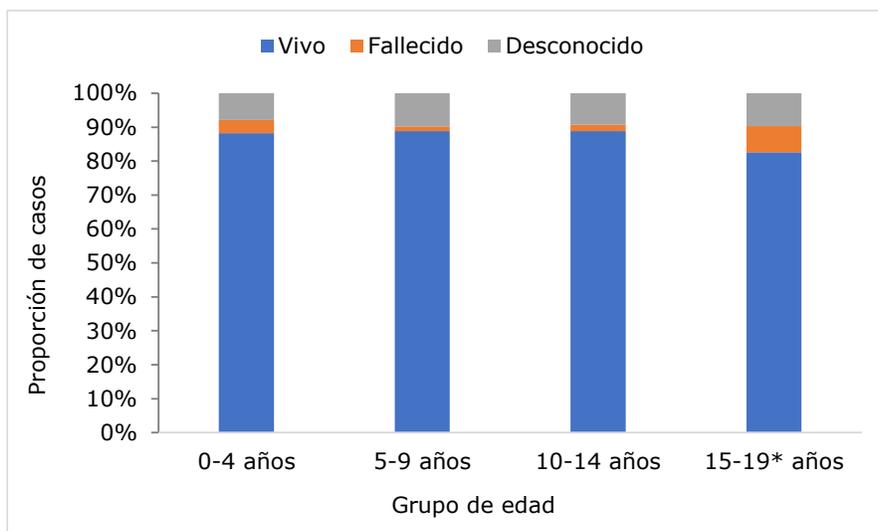
**Fuentes:** Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud o agencias de salud similares y reproducidos por la OPS/OMS.

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

Del total de casos notificados, para los cuales se cuenta con datos sobre la edad (n=2.648), 66% tenían entre 0 y 9 años al momento de enfermar y solo 10% estaba en el grupo etario entre 15 y 19 años\*. Respecto del desenlace de estos casos, la mayor proporción de fallecidos se observa en el grupo etario de 15 a 19 años (**Figura 3**).

Con relación a la distribución por sexo, 56% de los casos son hombres (se cuenta con datos para 2.627 casos).

**Figura 3.** Distribución porcentual de casos de SIM en las Américas. Abril de 2020 a enero de 2021.



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

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

## VI. COVID-19 en trabajadores de la salud

Si bien es cierto que, a nivel global, la proporción de trabajadores de la salud (TS) en la mayoría de los países corresponde a menos del 3% de la población; sin embargo, esta cifra es casi 5 veces más si se considera la proporción de TS entre los casos de COVID-19 o incluso, puede llegar a ser mayor.<sup>21</sup>

Para el análisis de la situación epidemiológica de COVID-19 en TS en las Américas, es importante considerar al menos los siguientes aspectos, en los cuales es necesario seguir profundizando:

- las diferencias existentes en las definiciones de caso confirmado de COVID-19 en TS de cada país o territorio
- el lugar donde se adquirió la infección (en la comunidad o en algún servicio de salud) no se ha especificado para la mayoría de los casos
- existen diferencias por sexo, donde las mujeres concentran la mayoría de los casos y los hombres, la mayoría de las defunciones en TS.

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en la Región de las Américas hasta el 14 de enero de 2021, 30 países y territorios han notificado casos y defunciones confirmadas en trabajadores de salud.

De acuerdo con la información disponible sobre casos confirmados y defunciones, la información provista por 14 países de las Américas, indica que se han notificado 1.208.370

<sup>21</sup> OPS/OMS. OPS lanza campaña de seguridad de los trabajadores de la salud en el Día Mundial de la Seguridad del Paciente. Disponible en: <https://bit.ly/3gvC1KF>

casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 5.780 defunciones en trabajadores de la salud al 14 de enero de 2021 (**Tabla 7**).

**Tabla 7.** Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas, al 14 de enero\* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	68.156	419
Brasil	442.285	390
Chile	49.519	66
Colombia	30.045	152
Costa Rica	7.579	21
Ecuador	7.621	111
Estados Unidos de América	362.544	1.250
Guatemala	5.021	56
Jamaica	362	5
México	195.558	2.580
Paraguay	6.891	38
Perú	30.675	589
República Dominicana	567	N/D
Uruguay	922	3
Venezuela	625	100
<b>Total</b>	<b>1.208.370</b>	<b>5.780</b>

**Nota:**

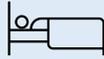
\* El 14 de enero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

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

## Orientaciones para las autoridades nacionales

La OPS/OMS sigue reiterando y actualizando las recomendaciones para apoyar a todos los Estados Miembros en las medidas de gestión y protección contra COVID-19 y reitera las recomendaciones contenidas en las Alerta y Actualizaciones epidemiológicas de la COVID-19 disponibles en: [www.paho.org/alertasepi](http://www.paho.org/alertasepi) y

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

<p><b>Vigilancia, equipos de respuesta rápida e investigación de casos</b></p> 	<p><b>Manejo Clínico</b></p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/30zjmCj">https://bit.ly/30zjmCj</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/33AsZCL">https://bit.ly/33AsZCL</a></p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/3li6wQB">https://bit.ly/3li6wQB</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i8IJR">https://bit.ly/3i8IJR</a></p>
<p><b>Laboratorio</b></p> 	<p><b>Prevención y control de infecciones</b></p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/3d3TJ1g">https://bit.ly/3d3TJ1g</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/2LgllNX">https://bit.ly/2LgllNX</a></p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/3d2ckuV">https://bit.ly/3d2ckuV</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3oARxDH">https://bit.ly/3oARxDH</a></p>
<p><b>Preparación crítica y respuesta</b></p> 	<p><b>Viajes, puntos de entrada y salud de fronteras</b></p> 
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/3ljWHBT">https://bit.ly/3ljWHBT</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i5rNN6">https://bit.ly/3i5rNN6</a></p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/3ivDivW">https://bit.ly/3ivDivW</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i5rNN6">https://bit.ly/3i5rNN6</a></p>
<p><b>Escuelas, lugares de trabajo y otras instituciones</b></p> 	<p><b>Otros recursos</b></p>
<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/3d66iJO">https://bit.ly/3d66iJO</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i5rNN6">https://bit.ly/3i5rNN6</a></p>	<p>Acceda a los documentos en inglés en este enlace: <a href="https://bit.ly/33zXgRQ">https://bit.ly/33zXgRQ</a></p> <p>Acceda a los documentos en español en los siguientes enlaces: <a href="https://bit.ly/2SyV6Mg">https://bit.ly/2SyV6Mg</a> y <a href="https://bit.ly/3i5rNN6">https://bit.ly/3i5rNN6</a></p>

## Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 11 de diciembre de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2lJ0ifa>
2. OPS/OMS. Ocurrencia de variantes de SARS-CoV-2 en las Américas. Información preliminar. al 11 de enero de 2021, Washington, D.C. OPS/OMS. 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2LeZBeX>
3. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 5 de enero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3oGtAeg>
4. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 12 de enero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/2Knzxsm>
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>, accedido el 14 de enero de 2021.
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos** (U.S. CDC por sus siglas en inglés). COVID-19 durante el embarazo, disponible en: <https://bit.ly/2SWWyYT>
12. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los **Estados Unidos** (U.S. CDC por sus siglas en inglés). Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños, disponible en: <https://www.cdc.gov/mis-c/>
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
17. Red Eclesial Pan amazónica. Informe del 10 de noviembre de 2020. Disponible en <https://bit.ly/3eBBBeCk>
18. Ministerio de Salud Pública de **Uruguay**. Informe epidemiológico COVID-19 del 3 de enero de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3agpyJl>
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.