



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS
Américas

Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

18 de septiembre de 2020

Contexto

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

Resumen de la situación global

Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 26 de agosto de 2020³ y hasta el 15 de septiembre de 2020, se han notificado 6.343.090 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 131.412 defunciones, en todo el mundo.

¹ Declaración sobre la cuarta reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) en relación con el brote de la enfermedad por coronavirus (COVID-19). Disponible en:

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

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

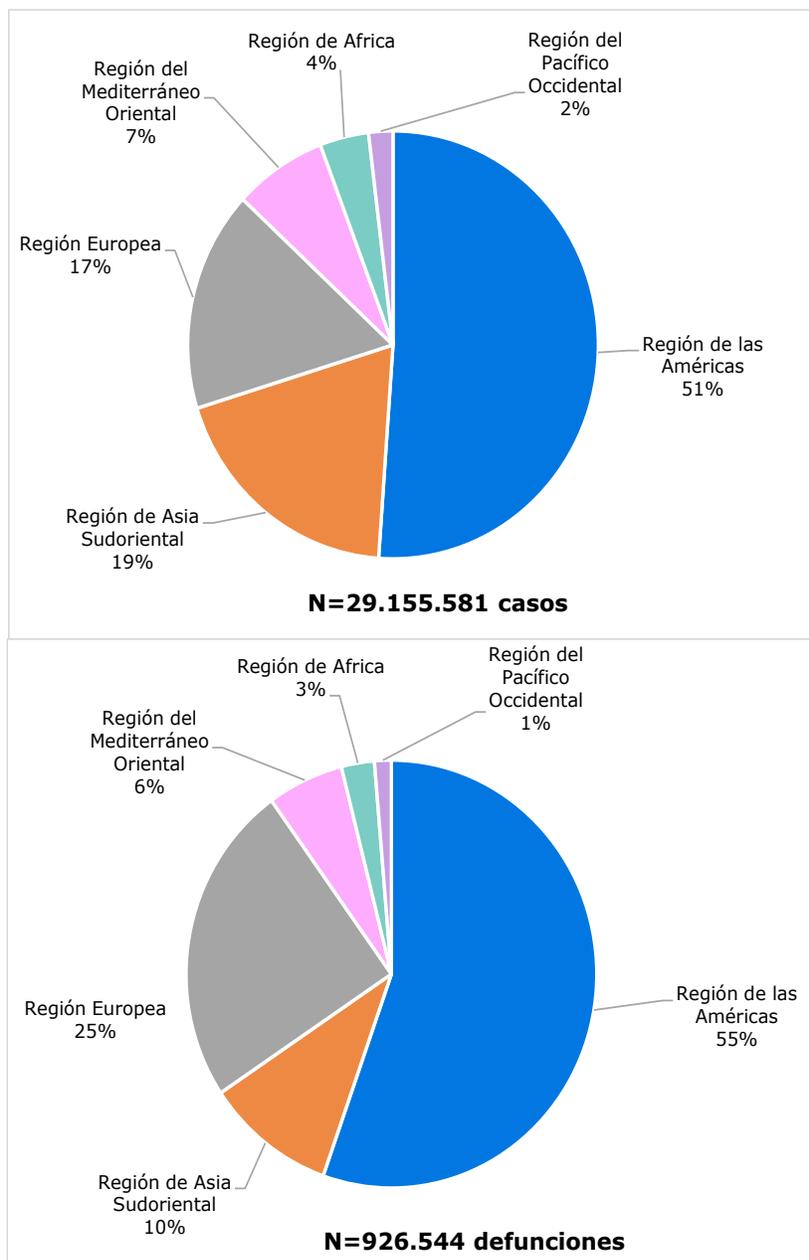
<https://bit.ly/3blj4gC>

³ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 26 de agosto de 2020, Washington, D.C.:

OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2Zppxbg>

Al 15 de septiembre de 2020, del total de casos confirmados acumulados a nivel global (29.155.581 casos, incluidas 926.544 defunciones), las proporción más alta de casos, según regiones de la OMS es la siguiente: la región de las Américas acumula 14.903.891 casos, incluidas 513.246 defunciones, lo que representa 51% del total casos confirmados y 55% del total de las defunciones, seguida por las regiones de Asia Sudoriental que representa 19% del total de casos y 10% del total de defunciones (5.565.977 casos, incluidas 94.871 defunciones) y Europea con 17% del total de casos y 25% del total de defunciones (4.873.346 casos, incluidas 226.363 defunciones) (**Figura 1**).

Figura 1. Distribución porcentual de casos confirmados acumulados de COVID-19 y defunciones, por regiones de la OMS. 31 de diciembre de 2019 al 15 de septiembre 2020.



Fuente: Tablero de datos de la OMS de la COVID-19 al 15 de septiembre de 2020 (3:57 p.m. CEST). Disponible en: <https://covid19.who.int/>

Resumen de la situación en la Región de las Américas

Los 54 países y territorios de la Región de las Américas⁴ han notificado casos y defunciones de COVID-19. Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 26 de agosto de 2020⁵ hasta el 15 de septiembre de 2020, fueron notificados 2.619.938 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 74.670 defunciones adicionales en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 21% de casos y de 17% de defunciones. En todas las subregiones se observó un incremento relativo, tanto en el número de casos como en el número de defunciones, siendo el mayor en América Central⁶ con 28% de aumento en casos y 22% de aumento de defunciones. El resto de las subregiones, incrementaron de la siguiente manera: América del Sur⁷ con 26% de aumento de casos y 23% aumento de defunciones, las Islas del Caribe y del Océano Atlántico⁸ con 24 % de incremento en casos y 34% de incremento en defunciones y América del Norte⁹ con 16 % de incremento en casos y 12% de incremento en defunciones (**Figura 2**).

En el periodo comprendido entre la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 26 de agosto y el 15 de septiembre de 2020, los cinco países/territorios en las Américas en los cuales se observa un incremento relativo $\geq 200\%$ en el número de casos son: Curazao (357%), Guadalupe (299%), Trinidad y Tobago (254%), las Islas Vírgenes Británicas (214%) y Jamaica (200%); mientras que los que presentaron el mayor aumento relativo en el número de defunciones fueron Trinidad y Tobago (331%), Belice (280%) y Aruba (233%).

Los países y territorios que modificaron el escenario de transmisión de COVID-19, en este mismo periodo (entre el 22 de agosto y el 15 de septiembre) observándose un incremento en la transmisión de casos de menor a mayor intensidad fueron: Curazao y San Martín (de casos esporádicos a transmisión comunitaria), Guadalupe, Jamaica y Martinica (de conglomerado de casos a transmisión comunitaria).

Por otra parte, se observó una disminución de la intensidad de la transmisión en Antigua y Barbuda (de conglomerado de casos a casos esporádicos) y en Granada (de conglomerado de casos a sin casos nuevos casos entre desde el 6 de septiembre de 2020).

Cabe destacar que se observa una constante variación en el escenario de transmisión en cada país y territorio y al interior de estos, por lo cual la situación al 15 de septiembre podría cambiar en días posteriores.

⁴ Información actualizada sobre COVID-19, incluidos los informes de situación, las reuniones informativas semanales para la prensa y el sistema de información sobre COVID-19 para la región de las Américas, se encuentra disponible en: <https://bit.ly/3ihSWM1>

⁵ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 26 de agosto de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2Fi7KYYZ>

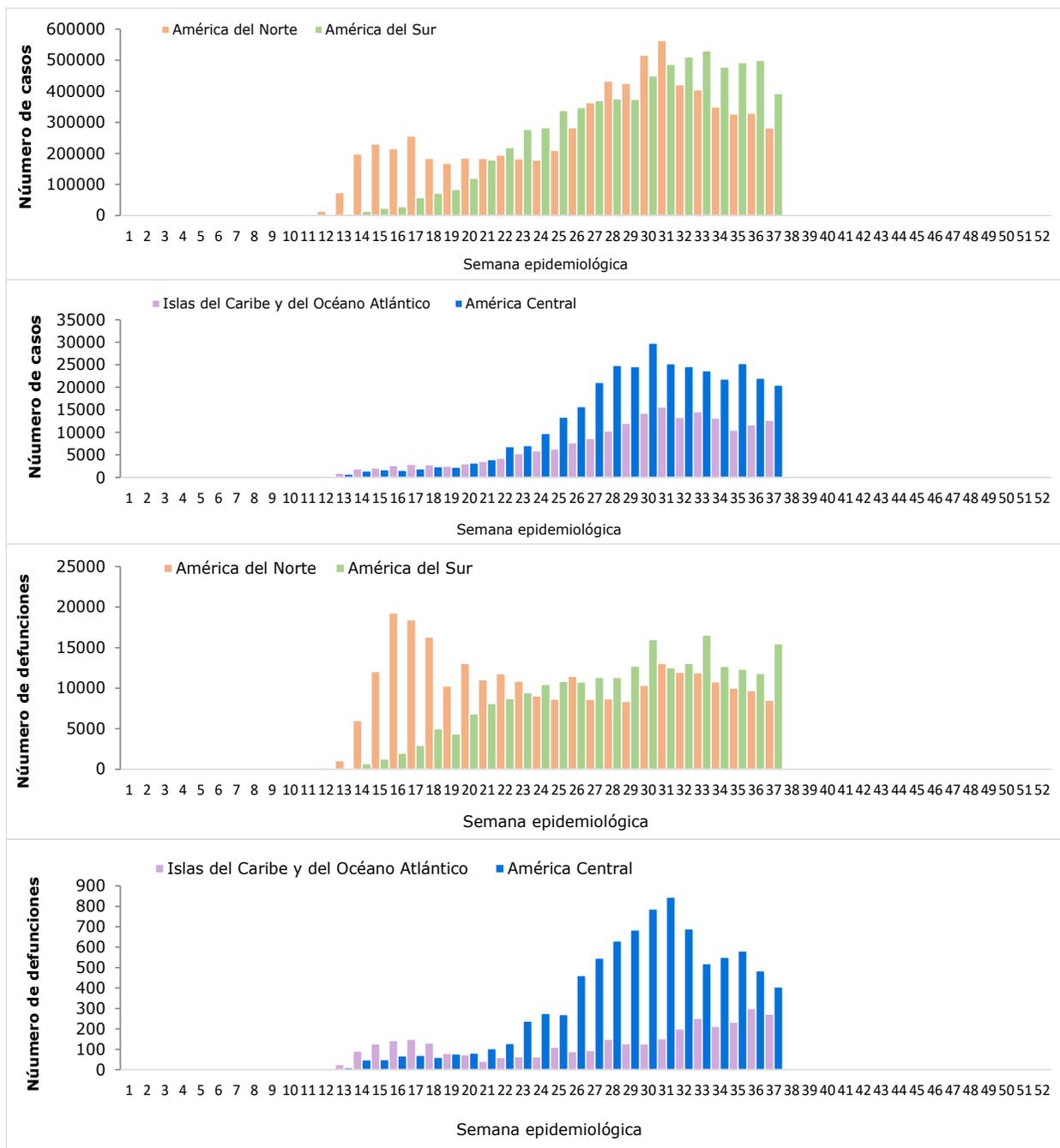
⁶ Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

⁷ Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

⁸ Anguila, Antigua y Barbuda, Aruba, las Bahamas, Barbados, Bermudas, Bonaire, San Eustaquio y Saba, las Islas Vírgenes Británicas, las Islas Caimán, Cuba, Curazao, Dominica, la República Dominicana, las Islas Malvinas, Granada, Guadalupe, Guayana Francesa, Guyana, Haití, Jamaica, Martinica, Montserrat, Puerto Rico, San Bartolomé, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Pedro y Miquelón, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Turcas y Caicos y las Islas Vírgenes de los Estados Unidos.

⁹ Canadá, Estados Unidos de América y México.

Figura 2. Distribución de casos confirmados de COVID-19 y defunciones, por semana epidemiológica y subregión de las Américas. Semana epidemiológica 1 a 37 de 2020.



Fuente: OPS/OMS COVID-19 Actualización diaria. Disponible en: <https://bit.ly/38LzGmj>, accedido el 15 de septiembre de 2020.

Aspectos destacados

I.COVID-19 durante el embarazo

Desde la notificación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 14 de septiembre, fueron notificados 60.458 casos confirmados, incluyendo 458 defunciones (1%) en mujeres embarazadas de 14 países para los cuales se dispone de información (**Tabla 1**).

Tabla 1. COVID-19: Número de casos confirmados y defunciones durante el embarazo y razón de mortalidad materna, según país. Región de las Américas. 1 de enero al 14 de septiembre de 2020¹⁰.

| País | COVID-19 durante el embarazo | | Razón de Mortalidad Materna ¥ |
|---------------------------|------------------------------|----------------------|--|
| | Número de embarazadas | Número de fallecidas | |
| Argentina | 2.381 | 6 | 0,8 |
| Bolivia | 150 | 9 | 3,6 |
| Brasil | 2.256 | 135 | 4,7 |
| Chile | 4.817 | 1 | 0,4 |
| Colombia | 2.726 | 40 | 5,4 |
| Costa Rica | 47 | 1 | 1,4 |
| Ecuador | 992 | 21 | 6,2 |
| Estados Unidos de América | 20.798 | 44 | |
| Haití* | 39 | 2 | 0,7 |
| México** | 5.574 | 140 | 9,6 |
| Panamá** | 525 | 8 | 10,1 |
| Perú** | 19.909 | 35 | 6,1 |
| República Dominicana | 236 | 16 | 7,7 |
| Uruguay | 8 | 0 | 0,0 |
| Total | 60.458 | 446 | |

Notas de la tabla

* Sin actualización desde la publicación de la Alerta Epidemiológica: COVID-19 durante el embarazo publicada por la OPS/OMS el 13 de agosto de 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32FBSKQ>

** 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.

¹⁰ El 14 de septiembre 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.

A continuación, se presenta una breve descripción de la situación epidemiológica de COVID-19 en mujeres embarazadas de Colombia y de México.

En **Colombia**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país¹¹ y hasta el 14 de septiembre de 2020¹², fueron notificadas 2.726 mujeres embarazadas, incluidas 40 defunciones (2%, 32 muertes maternas tempranas y 8 muertes maternas tardías) en las que se confirmó la infección por SARS-CoV-2.

En orden decreciente, las entidades territoriales con más casos de embarazadas con COVID-19 son: Distrito de Bogotá (737 casos), Antioquia (364 casos), Valle de Cauca (207 casos), Distrito de Barranquilla (137 casos), Cundinamarca (115 casos), Santander (115 casos) y Atlántico (100 casos).

Con relación a las características de las embarazadas con COVID-19, el 54% del total de casos tienen entre 20 y 29 años, distribuidos de la siguiente manera: 20 a 24 años con 634 casos y 25 a 29 años con 833 casos. Con relación a la edad gestacional cuando fue pesquisada la enfermedad, 1.364 cursaban el tercer trimestre, 818 el segundo trimestre, 262 el primer trimestre y para 282 no se contaba con información. Del total de casos, 94% fueron asintomáticas, 12% fueron hospitalizadas y 1% fueron admitidas en una Unidad de Cuidados intensivos.

Hasta el 14 de septiembre de 2020, se notificaron 455 recién nacidos positivos a SARS-CoV-2, incluidas 3 defunciones por otras causas no COVID-19.

En **México**, desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en el país¹³ y hasta el 14 de septiembre de 2020, se notificaron 5.574 mujeres embarazadas y en puerperio, incluidas 140 defunciones (2,5%) en las que se confirmó la infección por SARS-CoV-2¹⁴.

La razón de mortalidad materna (RMM) para COVID-19 a la semana epidemiológica (SE) 36 de 2020 en México es 9,6 muertes maternas por 100.000 recién nacidos vivos.

Las entidades federativas, con más casos de embarazadas y las puérperas con COVID-19 son: la Ciudad de México (657 casos, 14 defunciones) y los Estados de México (390 casos, 15 defunciones), Tabasco (370 casos, 13 defunciones), Nuevo León (319 casos, 5 defunciones), Guanajuato (324 casos, 5 defunciones), Veracruz (258 casos, 7 defunciones) y Sonora (241 casos, 5 defunciones).

Con relación a las características de las embarazadas y puérperas fallecidas, la mediana de edad fue 30 años (rango 19 a 42), 40% fallecieron en el tercer trimestre de embarazo, 29% en el puerperio, 14% en el segundo trimestre y 11% en el primer trimestre. Del total de las embarazadas y puérperas fallecidas, 40 estuvieron intubadas (29%) y 46 en la Unidad de Cuidados Intensivos (33%).

¹¹ 6 de marzo 2020

¹² Información sobre la situación de COVID-19 durante el embarazo en Colombia es publicada periódicamente en: <https://bit.ly/2ZHJhap>

¹³ 27 de febrero de 2020

¹⁴ Informes de la situación de COVID-19 durante el embarazo y puerperio en México son publicados periódicamente en: <https://bit.ly/2ZAeEUu>

Las comorbilidades más frecuentes entre las fallecidas fueron: obesidad (19%), diabetes (9%), hipertensión (9%) y asma (4%).

Hasta el 13 de septiembre, fueron notificados 155 casos confirmados de COVID-19 en mujeres embarazadas y en puerperio en población indígena, incluidas 3 defunciones (tasa de letalidad de 2%). En el estado de Yucatán fueron notificados 23% de estos casos y 5% de estas pacientes se encuentran hospitalizadas con un cuadro clínico grave.

Hasta el 13 de septiembre de 2020, fueron notificados en plataforma de SISVER¹⁵ 6.124 recién nacidos, de los cuales 1.141 (19%) fueron positivos a SARS-CoV-2. Respecto de la condición de sus madres, 179 son hijos de madres positivas a SARS-CoV-2, hijos de madres sospechosas a COVID-19 fueron 6, hijos de madres negativas fueron 84 y para los 872 restantes no hubo registro de sus madres en SISVER.

¹⁵ Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Respiratorias de México.

II. COVID-19 en pueblos indígenas

Desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 26 de agosto de 2020¹⁶ hasta el 14 de septiembre de 2020, se notificaron 120.593 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 2.639 defunciones, en países para los cuales se dispone de información, lo que representa un incremento de 26.971 casos y 746 defunciones adicionales en pueblos o comunidades indígenas de 11 países en las Américas (**Tabla 2**).

Si se comparan los datos actuales con los publicados en la actualización de la OPS/OMS del 26 de agosto, se observa un incremento relativo de casos y defunciones en todos los países, correspondiendo a Colombia el mayor aumento relativo en el número de casos y a Ecuador el mayor aumento relativo en el número de defunciones (**Tabla 2**).

Tabla 2. Casos confirmados y defunciones por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas, 1 de enero al 14 de septiembre de 2020¹⁷.

| País | Número de casos confirmados | Número de defunciones | Incremento relativo de casos‡ | Incremento relativo de defunciones‡ |
|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Bolivia | 2.834 | 106 | 51% | 19% |
| Brasil | 25.814 | 418 | 22% | 19% |
| Canadá | 485 | 9 | 23% | 50% |
| Colombia | 15.537 | 578 | 140% | 145% |
| Ecuador | 2.911 | 92 | 38% | 241% |
| Estados Unidos de América | 44.857 | n/d | 15% | n/d |
| Guatemala* | 2.675 | 131 | n/d | n/d |
| México | 7.905 | 1.167 | 30% | 33% |
| Panamá | 2.841 | 53 | 18% | 13% |
| Perú | 14550 | 82 | 30% | 19% |
| Venezuela* | 184 | 3 | n/d | n/d |
| Total | 120.593 | 2.639 | | |

Notas de la tabla

n/d: datos no disponibles

* Sin actualización desde la publicación de la OPS/OMS del 26 de agosto de 2020.

‡ Incremento relativo en comparación con los datos publicados por la OPS/OMS en la Actualización Epidemiológica del 26 de agosto de 2020⁵.

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

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

En **Colombia**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19¹⁸ en el país y hasta el 13 de septiembre de 2020, fueron confirmados 15.537 casos en población con pertenencia

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 26 de agosto de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2Fi7KVYZ>

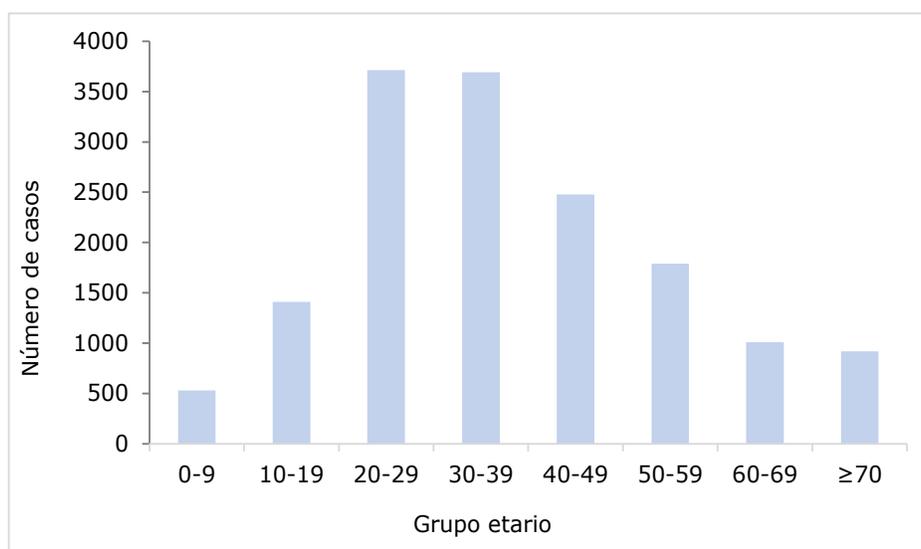
¹⁷ El 14 de septiembre corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o las ha publicado.

¹⁸ 6 de marzo 2020

étnica indígena, incluidas 578 defunciones (3,7%) y 13.596 personas recuperadas de la enfermedad. Esta cifra de casos representa un 2% del total de casos nacionales, con una incidencia de 815,3 casos por 100.000 habitantes con pertenencia étnica indígena.

Con relación a las características de los casos, se han identificado al menos 63 pueblos indígenas con casos confirmados, 48% del total de casos corresponde a mujeres y 52% a hombres. La mayoría de los casos (64%) se concentran entre los 20 y 49 años (**Figura 3**).

Figura 3. Distribución de casos confirmados de COVID-19 en pueblos indígenas de Colombia. 6 de marzo al 13 de septiembre de 2020.



Fuente: Datos publicados por el Instituto Nacional de Salud de Colombia¹⁹ y reproducidos por la OPS/OMS.

En **Perú** desde la confirmación del primer caso de COVID-19²⁰ en el país y hasta el 15 de septiembre de 2020, fueron confirmados 14.550 casos en población indígena amazónica y andina, incluidas 82 defunciones confirmadas (0,6%). Esta cifra de casos representa un 2% del total de casos nacionales, con una incidencia de 34,8 casos por 100.000 habitantes con pertenencia étnica indígena.

Más del 74% de los casos se concentran en los departamentos de Amazonas (38%) y Loreto (37%); el departamento de Amazonas también presenta el mayor porcentaje de defunciones (42%), seguido por el departamento de Loreto (32%).

¹⁹ Instituto Nacional de Colombia. COVID-19 en Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/2RoyAVv>

²⁰ 5 de marzo 2020

III. Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19²¹

El 15 de mayo de 2020, la OMS publicó un Informe científico²² 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 11 de septiembre de 2020, un total de 16 países / territorios de la Región de las Américas han notificado oficialmente a la OPS / OMS o han publicado información a través de un sitio web oficial un total de 1.503 casos de SIM que coinciden cronológicamente con la COVID-19, incluidas 43 defunciones, de los cuales 1.398 casos fueron clasificados como confirmados, 15 como casos probables y 90 como casos sospechosos (**Tabla 3**). Adicionalmente, al 11 de septiembre, 19 países / territorios han informado oficialmente a la OPS/OMS que no han detectado casos de SIM.

²¹ Definición preliminar de caso de la OMS. Disponible en: <https://bit.ly/35DFncX>

Niños y adolescentes de 0-19 años con fiebre cuantificada por personal sanitario o por un familiar por ≥ 3 días

Y al menos dos de los signos siguientes:

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

Y

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

Y

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

Y

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

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

²² Disponible en: <https://bit.ly/3mw35XY>

Tabla 3. Casos confirmados, probables, sospechosos y defunciones de síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19 en las Américas, al 11 de septiembre de 2020.

| País/Territorio | Número de casos confirmados | Número de casos probables | Número de casos sospechosos | Defunciones confirmadas |
|----------------------------|-----------------------------|---------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| Argentina | 32 | | | |
| Brasil | 286 | | | 21 |
| Canadá | 1 | | | |
| Chile | 74 | | | |
| Costa Rica | 1 | | | |
| Colombia | 3 | | | |
| Cuba | 2 | | | |
| Ecuador | 5 | 15 | 60 | |
| El Salvador | 17 | | 13 | |
| Estados Unidos de América* | 935 | | | 19 |
| Guatemala | 2 | | 15 | |
| Guayana Francesa | 1 | | | |
| Honduras | 2 | | 1 | |
| Paraguay | 3 | | | 2 |
| Perú | | | 1 | |
| República Dominicana | 34 | | | 1 |
| Total | 1.398 | 15 | 90 | 43 |

* Los datos de los Estados Unidos de América hasta el 17 de septiembre de 2020

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

A continuación, se presenta una breve descripción de la situación epidemiológica de SIM en países seleccionados.

En **Argentina**, a la SE 37 de 2020, fueron notificados 32 casos de SIM. No se han reportado defunciones. Del total de casos, el 56% son hombres y el 34% tienen entre 0 y 4 años, el 38% entre 5 y 9 años y el 28% entre 10 y 14 años. Con relación a los criterios de confirmación, el 69% dio positivo para el SARS-CoV-2 por PCR, mientras que el 31% restante dio positivo por serología. Hasta la SE 37, 18 casos permanecen activos y 14 casos han sido dados de alta.

En **Brasil**, a la SE 36 de 2020²³, fueron notificados 286 casos de SIM, incluidas 21 defunciones. Del total de casos, 56% son hombres y la distribución por grupo de edad es la siguiente: 0-4 años (38%), 5-9 años (33%), 10-14 años (26%) y 15-19 años (3%). Con relación a los criterios de confirmación, 76% resultó positivo para el SARS-CoV-2 y 24% fue confirmado por criterio clínico-epidemiológico. Hasta la SE 36, 214 casos están vivos, 21 casos fallecieron y en 51 casos se desconocía el estado.

²³ La información sobre la situación epidemiológica de SIM en Brasil se actualiza periódicamente en el sitio web del Ministerio de Salud de Brasil. Disponible en: <https://bit.ly/32hwRaT>

En **Chile**, entre la SE 15 y la SE 36 de 2020, fueron notificados 74 casos de SIM. No se han reportado defunciones. Del total de casos, 46% son mujeres y 41% tienen entre 0 y 4 años, 36% entre 5 y 9 años y 22% entre 10 y 14 años y 1% entre 15 y 19 años. Con relación a los criterios de confirmación, 43% tiene resultado positivo para el SARS-CoV-2 y el 57% restante fue confirmado por criterio clínico-epidemiológico.

En la **República Dominicana**, a la SE 36 de 2020, fueron notificados 34 casos de SIM, incluyendo una defunción. Del total de casos, 53% son hombres y 41% tienen entre 0 y 4 años, 38% entre 5 y 9 años, 18% entre 10 y 14 años y 3% entre 15 y 19 años. Con relación a los criterios de confirmación, 38% han tenido resultado positivo para SARS-CoV-2 y el 62% restante fue confirmado por criterio clínico-epidemiológico. La defunción ocurrió en un adolescente masculino de entre 15 y 19 años.

En **Ecuador**, a la SE 35²⁴ de 2020, fueron notificados 81 casos de SIM. Con relación a los criterios de confirmación, 5 casos tuvieron resultado positivo para SARS-CoV-2, 15 casos fueron clasificados como casos probables (debido a que no había muestras disponibles para la prueba confirmatoria) y los restantes fueron clasificados como casos sospechosos. Del total de casos, 57% son hombres, 19% tienen entre 0 y 11 meses, 25% entre 1 y 4 años, 33% entre 5 y 9 años, 20% entre 10 y 14 años y 4% entre 15-19 años.

En los **Estados Unidos de América**, desde que fueron notificados los primeros casos a mediados de mayo y hasta el 17 de septiembre de 2020²⁵, fueron notificados 935 casos confirmados de SIM, incluidas 19 defunciones. Los casos han sido notificados en 44 estados, Washington, DC y la ciudad de Nueva York. Del total de casos, 55% son hombres. La mayoría de los casos tienen entre 1 y 14 años, con una edad promedio de 8 años. Los casos han ocurrido entre niños de <1 año a 20 años. Más del 70% de los casos reportados son hispanos / latinos o negros no hispanos. El 98% de los casos dieron positivo al SARS CoV-2, mientras que el 2% restante tuvo contacto con un caso de COVID-19. La mayoría de los niños desarrollaron SIM aproximadamente de 2 a 4 semanas después de la infección por SARS-CoV-2.

²⁴ La definición de caso sospechoso de SIM en Ecuador se encuentra disponible en: <https://bit.ly/2DN7kqm>
La información sobre la situación epidemiológica de SIM se actualiza periódicamente en el sitio web del Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Disponible en: <https://bit.ly/32cSQzQ>

²⁵ La definición de caso de SIM en los Estados Unidos de América se encuentra disponible, como asimismo la información sobre la situación epidemiológica que se actualiza periódicamente en el sitio web de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (U.S. CDC por sus siglas en inglés). Disponible en: <https://www.cdc.gov/mis-c/>

IV.COVID-19 en trabajadores de la salud

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en la Región de las Américas hasta el 10 de septiembre, se notificaron 659.305 casos confirmados, incluyendo 2.709 muertes (0,4%) en trabajadores de salud de 25 países y territorios, de los cuales se dispone de información, en las Américas.

Se presenta a continuación un breve resumen de la situación de COVID-19 en trabajadores de la salud de Brasil y Colombia.

En **Brasil**, entre el 26 de febrero y el 5 de septiembre de 2020 fueron notificados 1.178.002 casos de síndrome gripal con sospecha de COVID-19 en profesionales de la salud, de los cuales 288.936 (25%) fueron confirmados para COVID-19.

Las profesiones de salud que concentran la mayor proporción de casos confirmados para COVID-19 (61%) fueron los técnicos y auxiliares de enfermería (102.788 casos), seguidos por los enfermeros (as) (43.886 casos) y médicos (30.834 casos).

Entre la SE 1 y la SE 36 de 2020, se notificaron 1.926 casos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en personal de salud, de los cuales 1.219(63%) fueron confirmados para COVID-19. De estos casos, 58% son mujeres y la mayor proporción (73%) corresponde a técnicos y auxiliares de enfermería (34%), médicos (21%) y enfermeros (18%).

De los 1.926 casos de IRAG, 321 (17%) fallecieron y entre los fallecidos 270 (84%) fue por COVID-19. Del total de fallecidos por COVID-19, los técnicos y auxiliares de enfermería (89 defunciones), médicos (54 defunciones) y enfermeros (35 defunciones) agrupan 66% del total de defunciones.

Las Unidades Federales que notificaron el mayor número de defunciones entre casos de IRAG hospitalizados por COVID-19, en profesionales de salud, fueron: São Paulo (96 defunciones) y Rio de Janeiro (24 defunciones).

En **Colombia**, entre el 1 de marzo y el 11 de septiembre de 2020, se notificaron 9.607 casos confirmados de COVID-19 en personal de salud, incluyendo 65 fallecidos y 9.385 recuperados. Del total de casos confirmados, 646 (7%) fueron asintomáticos. Las Entidades Territoriales que notificaron mayor proporción de casos de COVID-19 fueron Bogotá D.C (29%), Valle de Cauca (23%), Antioquia (9%), Distrito de Barranquilla (6%) y Distrito de Cartagena (4%).

Del total de casos confirmados 66% (6.355 casos) desarrollaron la infección posterior a la exposición asociada a la prestación de servicios de salud, 15% (1.486 casos) en el entorno comunitario, 0,4% (44 casos) fueron importados y en 17% (1.657 casos) la exposición fue indeterminada. La mayor proporción de casos se observó entre auxiliares de enfermería (33%), médicos (15%) y enfermeros (12%).

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 de la Actualización epidemiológica de la COVID-19, publicada el 26 de agosto.

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

Vigilancia

- Guía provisional sobre las [Consideraciones acerca de la realización de tratamientos masivos, búsquedas activas de casos y encuestas poblacionales en relación con las enfermedades tropicales desatendidas en el contexto de la pandemia de COVID-19](#) (publicada el 27 de julio).
- [Informe de la OMS sobre los progresos en la preparación y la respuesta a COVID-19 - 1 de febrero a 30 de junio de 2020](#) (publicado el 3 de agosto)
- Informe científico sobre la [estimación de la mortalidad de COVID-19](#) (publicado el 4 de agosto)
- Reseña científica sobre la [situación de la vigilancia ambiental del virus SARS-CoV-2](#) (publicado el 5 de agosto)
- Guía provisional sobre la [vigilancia de salud pública en relación con la COVID-19](#) (publicada el 7 de agosto)
- Orientaciones provisionales. [La promoción de medidas de salud pública en respuesta a la COVID-19 en buques de carga y pesqueros](#) (publicada el 25 de agosto).

Laboratorio

- [COVAX, the act-accelerator vaccines pillar](#) (publicado el 6 de agosto)
- COVID-19: Planificación de recursos esenciales - [Catálogo del Sistema Mundial de Cadenas de Suministro de Emergencia \(COVID-19\)](#) (publicado el 22 de agosto)
- Guía provisional. [Detección de antígenos en el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 mediante inmunoensayos rápidos](#) (publicada en inglés el 11 de septiembre)
- Guía provisional. [Pruebas de diagnóstico para SARS-CoV-2](#) (publicada en inglés el 11 de septiembre)

Prevención y control de infecciones

- Guía provisional sobre [Prevención y control de infecciones durante el cuidado de la salud cuando se sospecha o confirma la enfermedad coronavirus \(COVID-19\)](#) (publicado el 29 de junio)
- Aviso de salud sobre la [preparación para los ciclones, tormentas tropicales, tornados, inundaciones y terremotos durante la pandemia COVID-19](#) (publicado el 29 de junio)
- Orientación provisional para los Estados Miembros de la OMS sobre [la inversión y el fomento de la preparación para emergencias sanitarias a más largo plazo durante la pandemia de COVID-19](#) (publicado el 6 de julio)
- Informe científico sobre la [transmisión del SARS-CoV-2: consecuencias para las precauciones de prevención de la infección](#) (publicado el 9 de julio)
- [Herramienta de evaluación de riesgos de la OMS para la reunión masiva de COVID-19 - Eventos genéricos](#), Guía para autoridades y organizadores de eventos que planifican reuniones masivas durante la actual pandemia de COVID-19 (publicada el 10 de julio)
- Lista de verificación provisional para las autoridades locales de [Medidas prácticas en las ciudades para reforzar la preparación para la pandemia de COVID-19 y más adelante](#) (publicada el 17 de julio)
- [Orientaciones para la realización de un examen intra-académico del país](#) (publicadas el 23 de julio)
- [Consideraciones de salud pública al reanudar los viajes internacionales](#) (publicado el 30 de julio)
- Orientaciones provisionales. [Atención en el domicilio a casos sospechosos o confirmados de COVID-19 y manejo de sus contactos](#) (publicada el 12 de agosto)
- Orientaciones provisionales. [Consideraciones para la cuarentena de los contactos de casos de COVID-19](#) (publicada el 19 de agosto)
- [Consejos sobre el uso de máscaras para niños en la comunidad en el contexto de COVID-19](#) (publicado el 21 de agosto)
- Orientaciones provisionales sobre [Prevención y control de infecciones para la gestión segura de cadáveres en el contexto de la COVID-19](#) (publicada el 4 de septiembre)

Manejo Clínico

- Informe científico actualizado sobre [Fumar y COVID-19](#) (publicado el 30 de junio)
- Guía actualizada sobre el [mantenimiento de un suministro de sangre seguro y adecuado durante la pandemia de la enfermedad coronavírica de 2019 \(COVID-19\) y sobre la obtención de plasma de convalecientes COVID-19](#) (publicada el 10 de julio)
- Plataforma clínica mundial COVID-19 actualizada: [Formulario de reporte de casos de embarazo](#) (CRF) (publicado el 13 de julio)
- Orientación provisional sobre el [agua, el saneamiento, la higiene y la gestión de desechos en relación con el SARS-CoV-2, el virus que causa el COVID-19](#) (publicado el 24 de julio)
- Guía sobre [corticosteroides para COVID-19](#). (publicada el 2 de septiembre, disponible en inglés)

Sistemas y servicios de salud

- Informe de política sobre [la prevención y la gestión de COVID-19 en los servicios de atención a largo plazo](#) (publicado el 24 de julio)
- [Consideraciones para la prestación de servicios esenciales de salud bucodental en el contexto de COVID-19](#) (publicado el 3 de agosto)
- Guía provisional sobre el [cuidado en casa para pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 y el manejo de sus contactos](#) (publicada el 12 de agosto)

Preparación y respuesta

- Anexo a Consideraciones para el ajuste de las medidas sociales y de salud pública en el contexto de COVID-19. [Consideraciones para las medidas de salud pública relacionadas con la escuela en el contexto del COVID-19](#) (publicado el 14 de septiembre, disponible en inglés).

Referencias

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus (COVID-19). 26 de agosto de 2020, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2020. Disponible en: <https://bit.ly/2Zppxbg>
2. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19 en el embarazo, 13 de agosto de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/32FBSKQ>
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: COVID-19 en personal de salud. 31 de agosto de 2020, Washington, D.C. OPS/OMS. 2020. Disponible en: <https://bit.ly/35QMKr0>
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Estados Unidos de América**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Francia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
8. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Honduras**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Panamá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
13. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de la **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.