



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas

# Actualización Epidemiológica Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

22 de julio de 2021

---

## Resumen ejecutivo

- Hasta el 21 de julio 2021, fueron notificados 191.281.182 casos acumulados confirmados de COVID-19 a nivel global, incluyendo 4.112.538 defunciones, de los cuales 39% de los casos y 48% de las defunciones fueron aportadas por la región de las Américas.
- En junio de 2021, la subregión de América del Sur continuó contribuyendo con el mayor número de casos y defunciones, aportando 4.076.310 casos y 108.331 defunciones. Estas cifras representan 84% y 81% de los casos y defunciones notificados, respectivamente, en la Región de las Américas durante este mes.
- Hasta el 21 de julio del 2021, Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, los Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica, México, y Puerto Rico han detectado las cuatro variantes de preocupación.
- Entre los pueblos indígenas de 18 países de las Américas, se notificaron 617.326 casos, incluyendo 14.646 defunciones.
- Un total de 24 países y territorios notificaron 6.681 casos confirmados acumulados de Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19, incluidas 135 defunciones.
- Con relación a los trabajadores de la salud, 37 países y territorios notificaron 1.763.315 casos, incluidas 10.278 defunciones.

---

**Cita sugerida:** Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19). 22 de julio de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021

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

## Tabla de Contenido

Contexto.....	- 2 -
Resumen de la situación global.....	- 3 -
Resumen de la situación en la Región de las Américas.....	- 4 -
Aspectos destacados.....	- 6 -
I. Variantes de SARS-CoV-2.....	- 6 -
II. Continuidad de los servicios esenciales de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19.....	- 10 -
III. COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más).....	- 12 -
IV. COVID-19 durante el embarazo.....	- 14 -
V. COVID-19 en pueblos indígenas.....	- 19 -
VI. COVID-19 en población menor de 20 años.....	- 20 -
Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes (SIM-P) que coincide cronológicamente con la COVID-19.....	- 21 -
VII. COVID-19 en trabajadores de la salud.....	- 23 -
Orientaciones para las autoridades nacionales.....	- 25 -
Referencias.....	- 26 -

## 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<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>.

La octava 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), se celebró el miércoles 14 de julio de 2021. El Director General determinó que la pandemia de COVID-19 seguía constituyendo una ESPII, aceptó el asesoramiento del Comité a la OMS y lo remitió a los Estados parte como recomendaciones temporales en virtud del RSI, las cuales se encuentran disponibles en el siguiente enlace: <https://bit.ly/3z1qUHF>.

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

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

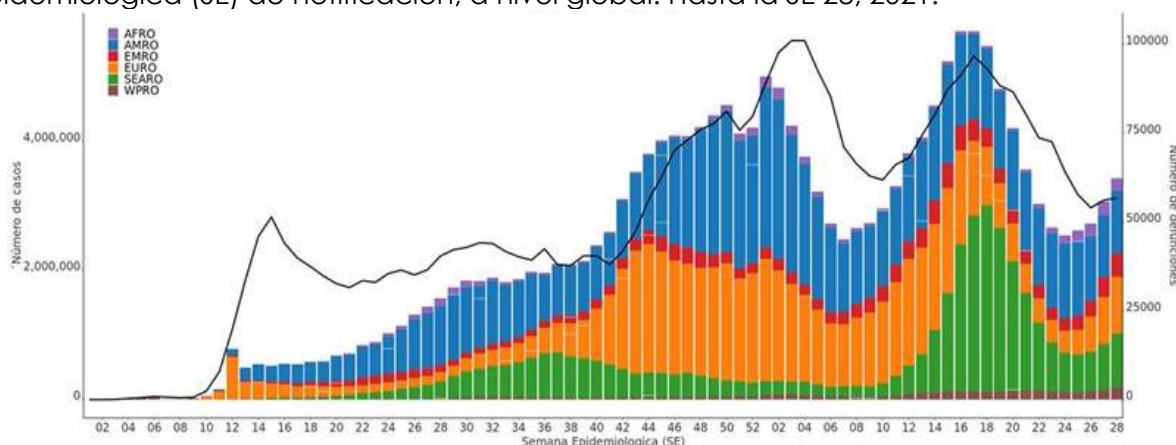
## Resumen de la situación global

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta el 21 de julio de 2021, han sido notificados 191.281.182 casos confirmados de COVID-19, incluidas 4.112.538 defunciones en todo el mundo, un total de 14.800.956 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 287.298 defunciones, desde la última actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 19 de junio de 2021<sup>3</sup>.

La mayoría de los casos y defunciones durante el primer pico de 2021 fueron notificados por la Oficina Regional de la OMS para las Américas (49,6% de casos y 44,9% de defunciones) y la Oficina Regional de la OMS para Europa (37,8% de casos y 42,3% de defunciones). Durante el segundo pico en la semana epidemiológica (SE) 17, la mayor proporción de casos y defunciones semanales fueron notificados por la Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental (47,6% de casos y 26,1% de defunciones) y la Oficina Regional de la OMS para las Américas (23,3% de casos y 40,9% de defunciones).

Después de un descenso de los casos desde la SE 19 y hasta la SE 24 de 2021, los casos han seguido una tendencia al alza a nivel mundial durante las últimas cuatro semanas consecutivas, siendo la Región de las Américas (27,6%) y la Región de Europa de la OMS (27,5%) las que más han contribuido a los totales semanales de casos durante la SE 28. Aunque los casos se mantuvieron estables entre la SE 27 y la SE 28 en la Región de las Américas (aumentó del 0,5%), la tendencia al alza se observó en la mayoría de las Regiones de la OMS durante este periodo, especialmente en la Región de Europa de la OMS (31,9%), seguida de la Región del Pacífico Occidental de la OMS (29,5%), y la Región de Asia Sudoriental de la OMS (16,5%). Si bien la Región de África de la OMS está experimentando una disminución de casos (5,1%) y muertes (4%) en comparación con la semana anterior, la Región experimentó grandes aumentos de casos y defunciones durante el mes pasado, notificando aproximadamente un millón de casos adicionales en un mes (**Figura 1**).

**Figura 1.** Distribución de casos y defunciones confirmadas de COVID-19 por semana epidemiológica (SE) de notificación, a nivel global. Hasta la SE 28, 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 19 de julio 2021.

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

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

Hasta el 19 de julio de 2021, los 56 países y territorios de la Región de las Américas<sup>4</sup> han notificado 70.103.320 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 1.842.522 defunciones desde la detección de los primeros casos en la Región en enero del 2020.

Desde la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 19 de junio de 2021<sup>3</sup> hasta el 19 de julio de 2021, fueron notificados 4.827.736 casos confirmados adicionales de COVID-19, incluidas 122.250 defunciones en la región de las Américas, lo que representa un aumento de 7% de casos y 6% de defunciones.

En 2021, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2021, se notificaron en las Américas un total de 36.432.106 casos confirmados, incluidas 973.946 defunciones, siendo las subregiones de América del Norte<sup>5</sup> y América del Sur<sup>6</sup> las que presentaron las mayores proporciones de casos (42,6% y 53,9%, respectivamente), mientras que las subregiones de América Central<sup>7</sup> y el Caribe y las Islas del Océano Atlántico<sup>8</sup> presentaron el 1,9% y el 1,6% de los casos, respectivamente.

Durante el mismo periodo, América del Sur presentó el 59,9% de las defunciones notificadas, seguida de las subregiones de América del Norte (37,9%), América Central (1,5%) y el Caribe y las Islas del Océano Atlántico (0,7%).

Desde marzo de 2021, América del Sur ha superado a América del Norte como subregión que aporta las mayores proporciones de casos y defunciones por mes (**Figura 2**).

En junio de 2021, la subregión de América del Sur siguió registrando las proporciones más altas de casos (84%) y defunciones (81%) mensuales en la Región de las Américas, con 4.076.310 casos y 108.331 defunciones notificadas (**Figura 2**). La mayoría de los casos y defunciones fueron notificados por Brasil (2 millones de casos y 54.054 defunciones), Colombia (829.795 casos y 17.652 defunciones) y Argentina (694.092 casos y 16.212 defunciones).

---

<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/3ihSWM1>.

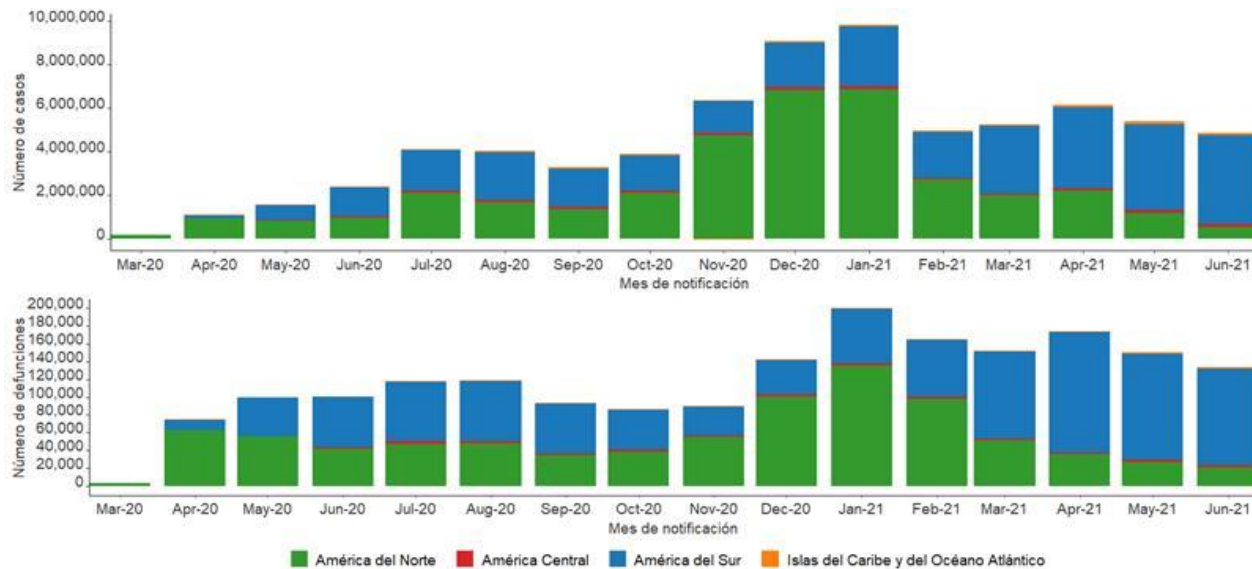
<sup>5</sup> Canadá, Estados Unidos de América y México.

<sup>6</sup> Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, Paraguay, Perú, Uruguay y Venezuela.

<sup>7</sup> Belice, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Panamá.

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

**Figura 2.** Distribución de los casos confirmados de COVID-19 y defunciones, por subregión y mes de notificación. Región de las Américas, del 1 de marzo de 2020 al 30 de junio 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.

## Aspectos destacados

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

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

Desde la identificación inicial del SARS-CoV-2, hasta el 21 de julio de 2021, se han compartido, a nivel mundial, más de 2.438.680 secuencias genómicas completas a través de bases de datos de acceso público.

Hasta el 21 de julio de 2021, 50 países y territorios de las Américas han publicado en la plataforma GISAID 2.438.680 genomas del SARS-CoV-2, recolectados entre febrero 2020 y julio 2021. Los países y territorios que han contribuido son: Anguilla, Antigua y Barbuda, Argentina, Aruba, Belice, Bahamas, Barbados, Bermuda, Bolivia, Bonaire, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guadalupe, Guatemala, Guyana Francesa, Guyana, Haití, Honduras, Islas Vírgenes Británicas, Islas Caimán, Jamaica, Martinica, México, Montserrat, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, San Bartolomé, San Eustaquio, San Cristóbal y Nieves, Santa Lucía, San Martín, San Vicente y las Granadinas, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay y Venezuela.

El 25 de febrero de 2021, la OMS propuso definiciones operativas para las variantes de interés del SARS-CoV-2 (VOI, del inglés, variant of interest) y variantes de preocupación (VOC del inglés, variant of concern) 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. El documento completo (en inglés) se encuentra disponible en: <https://bit.ly/2O173vt>

El 31 de mayo de 2021, la OMS anunció nuevas denominaciones de las variantes de interés y variantes de preocupación que son fáciles de decir y de recordar que serán más fáciles de usar y más prácticas para los debates del público no científico.<sup>9</sup> Las nuevas denominaciones se encuentran disponibles en: <https://bit.ly/2U0cwVS>

El listado de las variantes de SARS-CoV-2, de acuerdo con la clasificación de la OMS al 6 de julio de 2021<sup>10</sup>, se encuentra disponible en la **Tabla 1**.

---

<sup>9</sup> OMS. Anuncio disponible en inglés en <https://bit.ly/3xaARq5>

<sup>10</sup> OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2. Disponible en: <https://bit.ly/36Oo3dZ>



**Tabla 1.** Variantes de preocupación (VOC) y variantes de interés (VOI), según clasificación de la OMS al 6 de julio de 2021.

Clasificación OMS de las variantes de SARS-CoV-2	Denominación OMS	Linaje Pango	Primera detección
Variante de preocupación (VOC)	Alfa	B.1.1.7	Reino Unido
	Beta	B.1.351 B.1.351.2 B.1.351.3	Sudáfrica
	Gamma	P.1 P.1.1 P.1.2	Brasil
	Delta	B.1.617.2 AY.1 AY.2	India
Variante de interés (VOI)	Eta	B.1.525	Múltiples países
	Iota	B.1.526	Estados Unidos de América
	Kappa	B.1.617.1	India
	Lambda	C.37	Perú

**Fuente:** OMS. Seguimiento de las variantes del SARS-CoV-2.<sup>10</sup> Accedido el 14 de julio 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**). Sin embargo, al analizar, ese incremento se debe tener en cuenta las limitaciones de los sistemas o mecanismos de vigilancia, la capacidad de los países y territorios para secuenciar las muestras y las diferencias en la selección de las muestras a secuenciar.

**Tabla 2.** Resumen de países/territorios que han notificado casos de las variantes de preocupación (VOC) al 21 de julio de 2021.

	Denominación OMS			
	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Número de países/territorios a nivel global que han notificado casos*	180	130	78	124
Número de países/territorios en las Américas que han notificado casos**	46	20	31	18

**Nota:**

\* Los datos globales, corresponden a la Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 20 de julio de 2021 por la OMS<sup>11</sup>.

\*\* Actualizados al 21 de julio de 2021.

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

**Fuentes:** OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 20 de julio de 2021.<sup>11</sup> 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>11</sup> OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3wyhibx>

Con relación a la situación en las Américas, hasta el 21 de julio de 2021, 48 países/ territorios han notificado la detección de casos de las VOC, incluyendo cuatro nuevos países/territorios (Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Guatemala y Honduras) en comparación con la actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 19 de junio de 2021 (**Tabla 3a-d**). Hasta el 21 de julio de 2021, se han detectado las cuatro VOC en Argentina, Aruba, Brasil, Canadá, Chile, Costa Rica, los Estados Unidos de América, Guayana Francesa, Guadalupe, Martinica, México, y Puerto Rico.

**Tabla 3a.** Países y territorios de la subregión de América del Norte que han notificado variantes de preocupación al 21 de julio de 2021.

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

**Tabla 3b.** Países y territorios de la subregión de América Central que han notificado variantes de preocupación al 21 de julio de 2021.

País	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Belice	Si	No	No	No
Costa Rica	Si	Si	Si	Si
Guatemala	Si	Si	Si	No
Honduras	Si	No	No	No
Panamá	Si	Si	Si	No

**Tabla 3c.** Países y territorios de la subregión de América del Sur que han notificado variantes de preocupación al 21 de julio de 2021.

País/Territorio	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Argentina	Si	Si	Si	Si
Brasil	Si	Si	Si	Si
Bolivia	Si	No	Si	No
Chile	Si	Si	Si	Si
Colombia	Si	No	Si	No
Ecuador	Si	No	Si	Si
Paraguay	Si	No	Si	No
Perú	Si	No	Si	Si
Uruguay	Si	No	Si	No
Venezuela	Si	No	Si	No



**Tabla 3d.** Países y territorios de la subregión del Caribe y las Islas del Océano Atlántico que han notificado variantes de preocupación al 21 de julio de 2021.

País/Territorio	Alfa	Beta	Gamma	Delta
Anguila	Si	No	No	Si
Antigua y Barbuda	Si	Si	No	No
Aruba	Si	Si	Si	Si
Bahamas	Si	No	No	No
Barbados	Si	No	Si	Si
Bermuda	Si	Si	No	No
Bonaire	Si	No	No	No
Cuba	Si	Si	No	No
Curazao	Si	No	Si	No
Dominica	Si	No	No	No
Granada	Si	No	No	No
Guadalupe	Si	Si	Si	Si
Guayana Francesa	Si	Si	Si	Si
Guyana	No	No	Si	No
Haiti	Si	No	Si	No
Islas Caimanes	Si	No	Si	No
Islas Turcas y Caicos	Si	No	Si	No
Islas Vírgenes Británicas	Si	No	Si	No
Jamaica	Si	No	No	No
Martinica	Si	Si	Si	Si
Montserrat	Si	No	No	No
Puerto Rico	Si	Si	Si	Si
República Dominicana	Si	No	Si	No
Saba	No	No	No	Si
San Bartolomé	Si	No	No	No
San Martín	Si	Si	No	No
Santa Lucía	Si	No	No	No
Sint Maarten	Si	Si	No	Si
Suriname	Si	Si	Si	No
Trinidad y Tabago	Si	No	Si	No

**Nota:**

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

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

## II. Continuidad de los servicios esenciales de salud en el contexto de la pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19 ha aumentado la demanda de servicios sanitarios y ha afectado varios aspectos de los sistemas de salud, comprometiendo la prestación de asistencia sanitaria de múltiples condiciones de salud. Para mantener los servicios sanitarios esenciales, reducir la mortalidad y evitar la mortalidad indirecta, los sistemas sanitarios deben estar bien organizados y preparados para afrontar situaciones difíciles, incluidas las emergencias. Por ello, la OMS ha proporcionado orientaciones provisionales para mantener los servicios esenciales en el contexto de COVID-19. El documento está disponible en: <https://bit.ly/3ipe2tg>.

Aunque la carga de enfermedad de referencia y el grado de afectación por COVID-19 a los sistemas de salud varían según los países (por ejemplo, el escenario de transmisión), es necesario realizar adaptaciones para garantizar la continuidad de los servicios de salud esenciales mientras se responde a la pandemia; estas adaptaciones pueden requerir enfoques diferentes incluso dentro del mismo país.<sup>12</sup>

Entender la magnitud de los efectos de la pandemia de COVID-19 es necesario para desarrollar políticas de mitigación y asignar recursos. Por esta razón, la OMS llevó a cabo dos rondas de encuestas<sup>13</sup> a informantes clave entre los funcionarios de los ministerios de salud de cinco regiones de la OMS en 2020-2021 con el fin de evaluar el impacto de la pandemia de COVID-19 en hasta 25 servicios sanitarios esenciales de los países.

A nivel mundial, de todos los países que respondieron en la ronda más reciente de la encuesta (n=135), el 94% informó de interrupciones en al menos un servicio sanitario esencial, el 34% informó de interrupciones en más de la mitad de los servicios, el 29% informó de interrupciones entre el 25% al 49% de los servicios, y el 32% informó de interrupciones en menos del 25% de los servicios. Aunque las interrupciones se produjeron tanto en los países de ingresos bajos como en los de ingresos altos, los países de ingresos bajos fueron especialmente afectados.

Entre los tipos de servicios sanitarios, los más afectados fueron la atención primaria, la rehabilitación, los cuidados paliativos y los cuidados de larga duración, que afectan directamente a las poblaciones vulnerables. Además, se han producido alteraciones en todos los tipos principales de servicios sanitarios, como las enfermedades no transmisibles, la gestión de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, las enfermedades tropicales desatendidas, las enfermedades infecciosas, la salud reproductiva, materna, neonatal y de los adolescentes, y las inmunizaciones. Los resultados de estas encuestas destacan la importancia de garantizar la continuidad de los servicios sanitarios esenciales.

Cabe señalar que, si bien hubo diferencias en las tasas de respuesta entre las regiones de la OMS, la Región de las Américas notificó el mayor porcentaje de servicios interrumpidos dentro de una región en particular. Entre los países que respondieron (n=29) en la Región de las Américas, el 10% notificó una interrupción en más de la mitad de los servicios, el 13% notificó

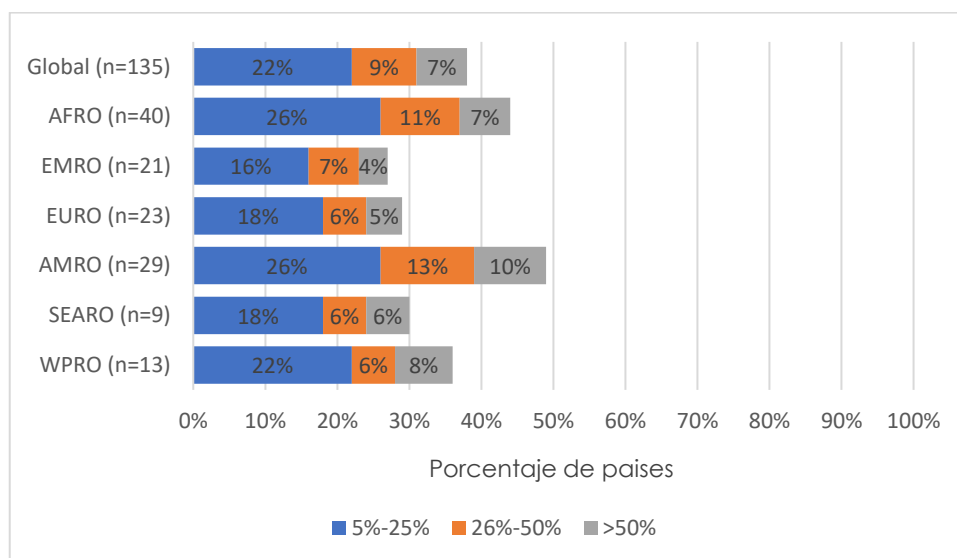
---

<sup>12</sup> OMS. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales. Disponible en: <https://bit.ly/3rofOiv>

<sup>13</sup> OMS. Segunda ronda de la encuesta nacional de pulso sobre la continuidad de los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/3zgn8zg>

una interrupción entre el 26% al 50% de los servicios, y el 26% notificó una interrupción entre el 5% al 25% de los servicios (**Figura 3**).

**Figura 3.** Porcentaje promedio de países que notifican interrupciones en las áreas de servicios de salud, por región de la OMS. Enero-marzo de 2021.



**Fuente:** Segunda ronda de la encuesta nacional de pulso sobre la continuidad de los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19: Enero-Marzo 2021.<sup>13</sup>

Al analizar los resultados por tipos de servicios de salud para la Región de las Américas, se observa que las mayores perturbaciones se registraron en los servicios de salud mental, neurológica y de abuso de sustancias (60% de los países) y en los servicios de inmunización (55% de los países).

De hecho, los Estados Unidos de América y Canadá han informado el mayor número de defunciones registradas relacionadas con el abuso de sustancias desde el inicio de la pandemia. Aunque la interrupción de los servicios sanitarios no es el único factor que ha contribuido a este aumento, es probable que la falta de apoyo y la interrupción de las intervenciones de emergencia hayan contribuido a este número. En Canadá, desde el inicio de la pandemia de COVID-19 hasta diciembre de 2020, se registró un aumento del 89% de las defunciones relacionadas con la toxicidad de los opiáceos en comparación con el año anterior;<sup>14</sup> en los Estados Unidos, se presentó un aumento del 30% de las defunciones por sobredosis de drogas al comparar los datos del año 2020 con el año inmediatamente anterior.<sup>15</sup>

En relación con las inmunizaciones, la mayoría de los países han tenido que posponer los servicios de inmunización de rutina, ya que los sistemas de salud se vieron desbordados por la pandemia de COVID-19. En octubre de 2020, la OPS/OMS evaluó como muy alto el riesgo general que se produzcan nuevos brotes de enfermedades prevenibles mediante vacunación (como la difteria, el sarampión y el poliovirus) en la Región de las Américas.<sup>16</sup>

<sup>14</sup> Gobierno de Canadá. Daños relacionados con los opiáceos y los estimulantes en Canadá. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/36PXhK>

<sup>15</sup> CDC de los Estados Unidos. Estadísticas vitales de publicación rápida – Recuento provisional de defunciones por sobredosis. Disponible en inglés en: <https://bit.ly/3zgZwKT>

<sup>16</sup> OPS/OMS. Enfermedades prevenibles por vacunación (difteria, sarampión, polio) en el contexto de la pandemia por la COVID-19: implicaciones para la Región de las Américas. Disponible en: <https://bit.ly/3x0nQPN>

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

Algunos de los artículos publicados<sup>17,18,19</sup> 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) de 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 la transmisión del SARS-CoV-2, por lo cual se deben mantener las medidas de salud pública y de distanciamiento social acordes con la situación epidemiológica de cada país y territorio.

La tendencia que se ha observado desde el inicio de la pandemia, en cuanto a las tasas de mortalidad en los adultos mayores, también se advierte en **Chile**. En consecuencia, este grupo etario se considera una población vulnerable y fue priorizado durante las campañas de vacunación que comenzaron en enero de 2021. El primer grupo en vacunarse fue el de 80 años o más, seguido por los respectivos grupos etarios para finalizar con el grupo de 60 a 65 años, el cual inició la vacunación aproximadamente seis semanas después, durante la semana epidemiológica (SE) 9 (**Figura 4**).

Desde el inicio de la pandemia y hasta la SE 24 de 2021, se notificaron un total de 257.626 casos, tanto confirmados como probables, en adultos mayores, lo que representa el 14,1% de los casos acumulados en el país. En 2020, esta población contribuyó al 16% del total de casos, mientras que esta proporción disminuyó al 13% durante año en curso.

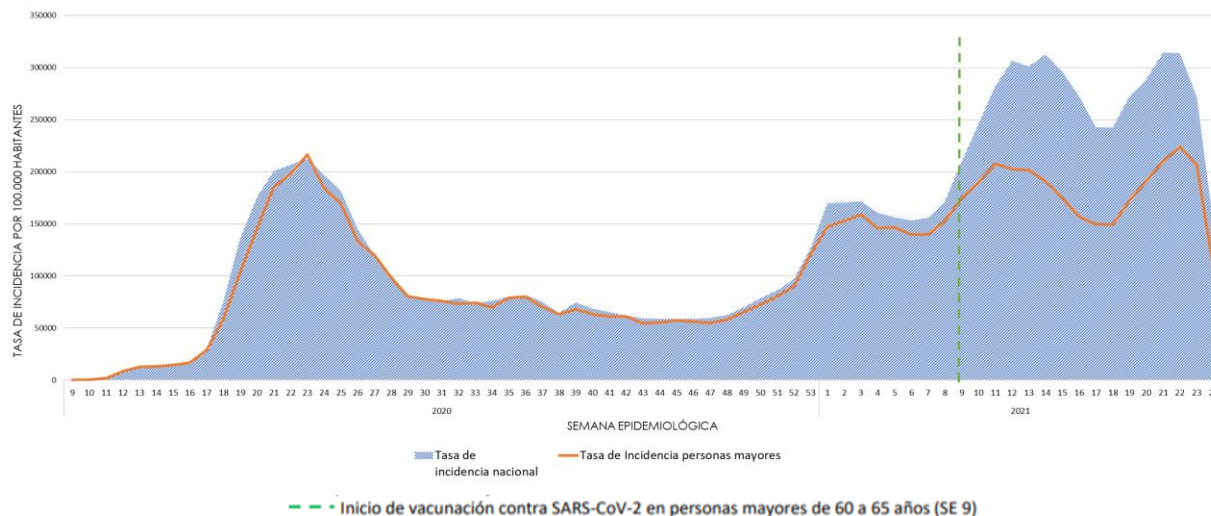
---

<sup>17</sup> 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>

<sup>18</sup> 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>

<sup>19</sup> Haas E, Angulo F, et al. Impact and effectiveness of mRNA BNT162b2 vaccine against SARS-CoV-2 infections and COVID-19 cases, hospitalisations, 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)

**Figura 4.** Tasa de incidencia de casos confirmados y probables de COVID-19 en adultos mayores y la población general, según fecha de inicio de síntomas. Chile. SE 9 de 2020 a SE 24 de 2021.



**Fuente:** Ministerio de Salud de Chile. Descripción epidemiológica de personas de 60 años y más con COVID-19.<sup>20</sup> Datos reproducidos por OPS/OMS.

La distribución geográfica de los casos de COVID-19 en adultos mayores varió de un año al otro. En 2020, la región de Magallanes y Antártica Chilena reportó la tasa de incidencia más alta (8,948.6 casos por 100,000 adultos mayores), seguidos por la región de Arica y Parinacota (4,879.6 casos por 100,000 adultos mayores); en 2021, la tasa de incidencia más alta se registró en Los Ríos (6.602 casos por 100.000 habitantes), seguida por Tarapacá (6.204,5 casos por 100.000 adultos mayores).

En relación con las hospitalizaciones, del total de casos registrados en adultos mayores, 53.222 (20,7%) casos fueron hospitalizados, 22.026 (41,4%) estuvieron en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 9.181 (17,3%) requirieron ventilación mecánica. En 2020, el 26,9% de los casos confirmados en adultos mayores fueron hospitalizados; esta proporción disminuyó a 15,6% en 2021. Se han notificado 29.262 defunciones en adultos mayores, de las cuales el 91,1% presentaba comorbilidades; la tasa de mortalidad en los adultos mayores (60 años o más) en 2020 y 2021 fue de 433,5 defunciones por cada 100.000 adultos mayores y 425,6 defunciones por cada 100.000 adultos mayores, respectivamente. La tasa de letalidad disminuyó del 12,6% en 2020 al 10,4% en 2021.

<sup>20</sup> Ministerio de Salud de Chile. Descripción epidemiológica de personas de 60 años y más con COVID-19. Disponible en: <https://bit.ly/3ze0R54>

## IV. COVID-19 durante el embarazo

Si bien es cierto 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 resultado final del embarazo, 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 21 de julio de 2021, fueron notificadas 258.359 embarazadas positivas a SARS-CoV-2, incluyendo 2.375 defunciones (con una tasa de letalidad de 0,92%) en 30 países y territorios para los cuales se dispone de información.

Al comparar estos datos con los publicados en la Actualización epidemiológica de la Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), publicada por la OPS/OMS el 19 de junio del 2021<sup>3</sup> se tienen 26.822 casos nuevos y 922 nuevas defunciones; este gran aumento se debe en parte a que algunos países han actualizado sus informes de datos e incluyen ajustes retrospectivos. Usando el mismo periodo de comparación, el incremento relativo más alto<sup>21</sup> en los casos confirmados acumulados ocurrió en Antigua y Barbuda (75%, 3 casos) y Ecuador (75%, 7,695 casos, que puede ser debido a un retraso en la notificación); en cuanto a las defunciones, el incremento relativo más alto se observó en Costa Rica (57%, 4 defunciones) y Canadá (50%, 1 defunción) (**Tabla 4**).

---

<sup>21</sup> Los aumentos observados en Brasil y Honduras son el resultado de un retraso en la notificación y de ajustes retrospectivos.

**Tabla 4.** COVID-19 durante el embarazo, por país. Región de las Américas, enero de 2020 - 21 de julio\* de 2021.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Anguila	2	N/A	N/A
Antigua and Barbuda	4	0	0,00
Argentina	19.163	154	0,80
Bahamas	101	1	0,99
Bolivia**	2.416	31	1,28
Belice**	247	2	0,81
Bermuda**	11	0	0,00
Brasil <sup>‡</sup>	12.938	1.137	8,79
British Virgin Islands**	3	N/A	N/A
Canadá	6.565	2	0,03
Chile	15.144	13	0,09
Colombia	12.432	120	0,97
Costa Rica	1.245	7	0,56
Cuba	1.679	5	0,30
Dominican Republic	1.191	45	3,78
Ecuador	10.207	48	0,47
El Salvador**	272	9	3,31
Estados Unidos de América**	94.519	103	0,11
Guatemala	1.217	12	0,99
Haiti**	79	4	5,06
Honduras	818	56	6,85
Islas Vírgenes Británicas**	3	N/A	N/A
Islas Caimán	7	0	0,00
México <sup>&amp;</sup>	18.635	366	1,96
Panamá <sup>&amp; **</sup>	2.413	12	0,50
Paraguay <sup>&amp;</sup>	1.888	56	2,97
Perú <sup>&amp;</sup>	52.769	168	0,32
Saint Lucía	25	0	0,00
Suriname	475	2	0,42
Uruguay	1.344	9	0,67
Venezuela	550	13	2,36
<b>Total</b>	<b>258.359</b>	<b>2.375</b>	<b>0,92</b>

**Nota:**

N/D: Datos no disponibles

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

<sup>‡</sup> La información presentada para Brasil corresponde a datos extraídos del Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica de la Gripe (SIVEP-Gripe).

\* El 21 de julio 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 19 de junio de 2021<sup>3</sup>.

**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.



Según los datos obtenidos de 22 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 SRAS-CoV-2 (**Tabla 5**). Se ha observado un aumento desde enero hasta junio de 2021 y, en la mayoría de los países, el número de casos y defunciones notificados este año ha superado las cifras notificadas para todo el año 2020. En algunos casos, aunque el número de casos totales notificados fue menor en 2021 (de enero a junio) que, en 2020, el número de defunciones ha superado al de 2020; esto se puede observar en países como Colombia, Perú y Venezuela.

**Tabla 5.** Indicadores seleccionados de COVID-19 durante el embarazo en países de las Américas. Año 2020 y enero a junio 2021.

País	Año 2020			1 enero - 30 de junio 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 <sup>&amp;</sup>	8817	41	5.5	9084	96	12.8
Bolivia	955	31	12.5	1461	0	0.0
Brasil	5462	288	10.1	7476	849	30.1
Canadá	2913	1	0.3	3629	1	0.3
Chile	6623	3	1.53	8,521	10	13.38
Colombia	7929	56	7.7	4503	64	17.4
Costa Rica	335	3	5.1	210	0	0.0
Cuba	180	0	0.0	1499	5	4.6
Ecuador	6116	25	7.4	4,091	23	6.8
Estados Unidos	68459	80	2.0	25878	23	0.6
Guatemala	653	8	1.9	564	4	0.9
Haiti	76	4	1.5	3	0	0.0
Honduras	508	15	7.2	310	41	19.6
México <sup>&amp;</sup>	10530	205	10.1	8105	161	15.3
Panamá <sup>&amp;</sup>	1852	4	5.0	561	3	3.8
Paraguay <sup>&amp;</sup>	599	1	0.7	1289	55	38.4
Perú	40818	81	14.3	11951	87	15.5
República Dominicana	707	36	21.7	484	9	11.3
Santa Lucía	5	0	0.00	20	0	0.0
Suriname <sup>&amp;</sup>	184	2	18.9	242	0	0.0
Uruguay	82	0	0.0	1262	9	19.2
Venezuela	333	6	1.2	217	7	1.4

**Nota:** <sup>&</sup> 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

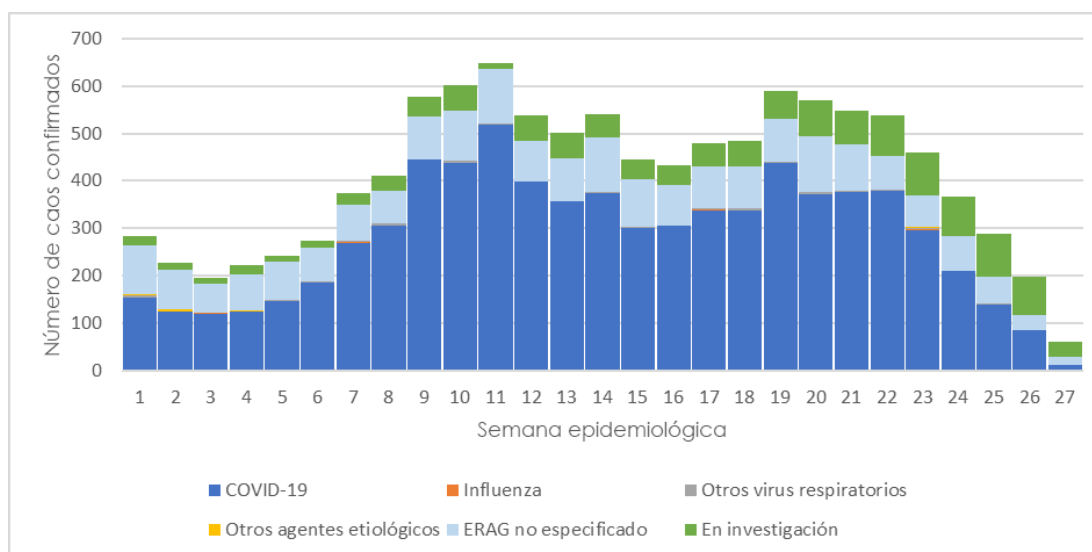
**Fuentes:** Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer, y Reproductiva (CLAP/SMR). Información compartida por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) o publicada en los sitios web de los Ministerios de Salud, Agencias de Salud o similares y reproducidos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

A continuación, se presenta una descripción de la situación epidemiológica de las embarazadas hospitalizadas con Enfermedad Respiratoria Aguda Grave (ERAG) confirmadas por COVID-19 en **Brasil**.

Desde febrero de 2020 hasta julio de 2021, se han notificado un total de 12.938 casos confirmados de COVID-19, incluidas 1.137 defunciones en mujeres embarazadas, resultando en una tasa de letalidad del 8,8%. Al desagregar los datos por año, se puede observar que mientras el 42% (5.462) de los casos acumulados se notificaron en el año 2020, solo el 25% (288) de las defunciones acumuladas se notificaron durante el mismo año; con un pico de 225 casos y 17 defunciones semanales. Los siguientes indicadores muestran que la carga de las defunciones ha sido mayor en el año en curso; se observa una tasa de letalidad más alta en 2021 con 11,4% en comparación con 5,3% en 2020. Además, la razón de mortalidad materna (RMM) en 2020 fue de 10,1 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos<sup>22</sup>, mientras que actualmente se sitúa en 30,1 defunciones maternas por 100.000 nacidos vivos, lo que representa un incremento del 192% respecto al año anterior.

Entre la SE 1 de 2021 y la SE 27 de 2021, un total de 11.163 gestantes fueron hospitalizadas por ERAG, de las cuales 7.568 (67,8%) fueron casos confirmados de COVID-19 y 1.325 (11,9%) continúan en investigación. Se observa una tendencia creciente a partir de la SE 4; entre la SE 7 y la SE 23, los casos han superado constantemente el pico de 2020. Aunque la tendencia es decreciente, los casos se mantienen en niveles altos, cabe señalar que las últimas 3 semanas (SE 25 a SE 27) pueden mostrar una aparente disminución debido a un retraso en la notificación (**Figura 5**). Del total de mujeres embarazadas hospitalizadas por ERAG (n=11.163), 931 (8,3%) fallecieron; entre estas defunciones, 831 (94%) fueron confirmadas para COVID-19, siendo el agente etiológico más frecuentemente identificado entre las defunciones relacionadas con ERAG entre las mujeres embarazadas (**Figura 6**).

**Figura 5.** Casos de Enfermedad Respiratoria Aguda Grave en gestantes, por semana epidemiológica (SE) de inicio de los primeros síntomas. Brasil. SE 1 a SE 27 de 2021.

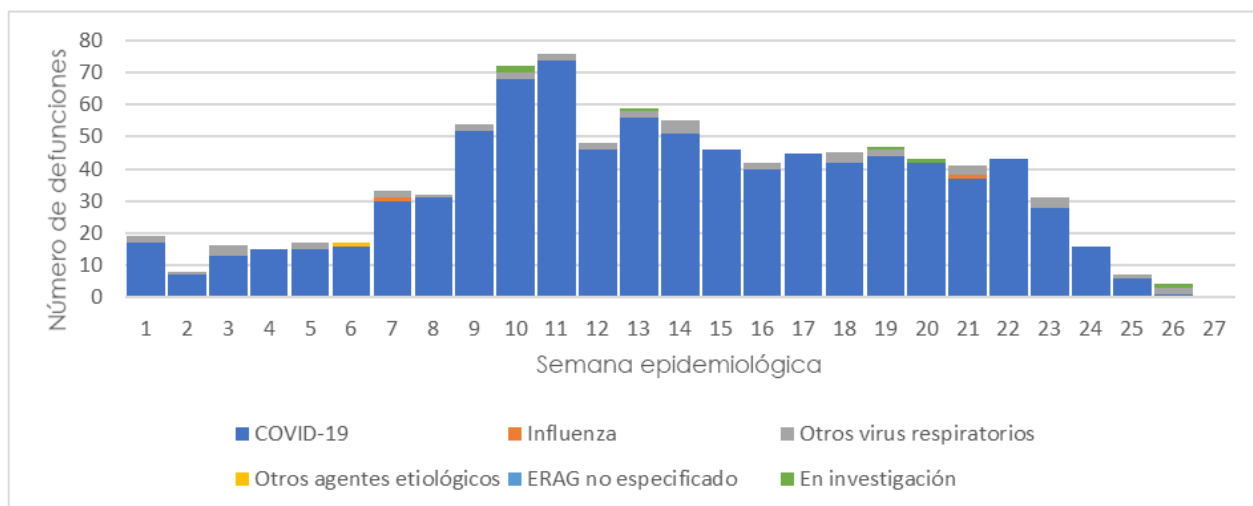


**Fuente:** Ministerio de Salud de Brasil. Boletín epidemiológico especial – Enfermedad por Coronavirus COVID-19 número 71.<sup>23</sup>

<sup>22</sup> Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas. Perspectivas de la población mundial 2019. Disponible en: <https://bit.ly/3hJOEzf>

<sup>23</sup> Ministerio de Salud de Brasil. Boletín epidemiológico especial – Enfermedad por Coronavirus COVID-19 número 71. Disponible en: <https://bit.ly/3BeyHsC>

**Figura 6.** Defunciones por Enfermedad Respiratoria Aguda Grave en gestantes, por semana epidemiológica (SE) de inicio de los primeros síntomas. Brasil. SE 1 a SE 27 de 2021.



**Fuente:** Ministerio de Salud de Brasil. Boletín epidemiológico especial – Enfermedad por Coronavirus COVID-19 número 71.<sup>23</sup>

En términos de distribución geográfica, entre la SE 1 y la SE 27 de 2021, las dos unidades federativas que reportaron el mayor número de casos y defunciones fueron Sao Paulo (1.865 casos incluyendo 170 defunciones) y Minas Gerais (700 casos incluyendo 103 defunciones); la Región Sudeste representa el 40% y el 42% del total de casos y defunciones por COVID-19, respectivamente. Si bien la tasa de letalidad en esta población se sitúa en el 11,6% a nivel nacional en el 2021, varía entre 9,5% y 14,8%; el más alto se reporta en la Región Norte.

Al analizar los datos por trimestre de embarazo, se puede observar que para los casos y defunciones para se dispone de esta información (n=7.167 casos, n = 816 defunciones), el 62% y el 59% de los casos y defunciones, respectivamente, se notificaron durante el tercer trimestre.

El grupo de edad en el cual se notificó la mayoría de los casos fue el de 30 y 39 años (45,6%), seguido por el grupo de 20 a 29 años (37,6%), mientras que el 51% de las defunciones se notificó en el grupo de 30 a 39 años.

## V. COVID-19 en pueblos indígenas

Desde enero de 2020 hasta el 21 de julio de 2021, se notificaron 617.326 casos confirmados acumulados de COVID-19, incluidas 14.646 defunciones, en pueblos o comunidades indígenas de 18 países en las Américas para los cuales se dispone de información (**Tabla 6**), lo que muestra 64.998 casos confirmados adicionales, incluidas 1.084 defunciones con relación a la Actualización epidemiológica publicada por la OPS/OMS el 19 de junio de 2021<sup>3</sup>. En este mismo periodo el mayor incremento relativo de casos y defunciones se observó en Chile, con 38% y 40%, respectivamente.

**Tabla 6.** Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero 2020 al 21 de julio 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	2.693	65
Belice**	1.668	41
Bolivia**	18.700	334
Brasil	51.334	741
Canadá	32.597	372
Chile	65.884	1170
Colombia	63.250	1.813
Costa Rica	540	11
Ecuador	5.832	216
Estados Unidos de América**	259.884	4.860
Guatemala	18.924	676
Guyana**	95	6
México	21.046	3.253
Panamá**	5.807	102
Paraguay	456	48
Perú	64.923	872
Suriname	2556	44
Venezuela	1137	22
<b>Total</b>	<b>617.326</b>	<b>14.646</b>

**Nota:**

N/D: datos no disponibles

\* El 21 de julio 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 19 de junio de 2021<sup>3</sup>.

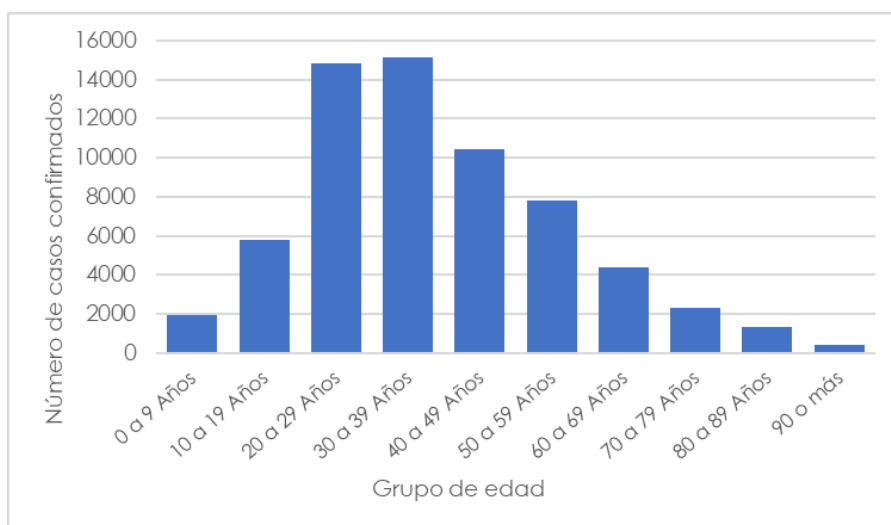
**Fuente:** Datos provistos por los Centros Nacionales de Enlace para Reglamento Sanitario Internacional o publicados por los Ministerios de Salud, Institutos de Salud, Agencias de Salud, Organizaciones indígenas o similares y reproducidos por la OPS/OMS.

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

En **Colombia**, desde la confirmación del primer caso de COVID-19 en el país<sup>24</sup> y hasta el 10 de julio de 2021, se han reportado 63,250 casos confirmados de COVID-19 en población indígena de 80 pueblos étnicos, incluyendo 1,813 defunciones resultando en una tasa de letalidad de 2.9 % en esta población, mientras que esta se mantiene en 2,5% en la población general. Del total de casos, aproximadamente el 2,5% (1.593 casos) se consideran activos y 59.844 recuperados. El total de casos representa el 1,4% del total de casos confirmados en Colombia.

La distribución de casos por grupos de edad muestra que la mayoría de los casos entre las poblaciones indígenas se notificaron en personas de 30 a 39 años (24%), seguidas de las personas de 20 a 29 años (23%) y de 40 a 49 años (16%). **(Figura 7).**

**Figura 7.** Distribución de casos confirmados de COVID-19 por grupo de edad en población indígena en Colombia, marzo de 2020 al 10 de julio de 2021.



**Fuente:** Ministerio de Salud de Colombia.<sup>25</sup> Datos reproducidos por OPS/OMS.

En relación con la distribución geográfica, Bogotá D.C reportó la mayoría de los casos (9.502 casos), seguida por los departamentos de Nariño (6.624 casos) y Córdoba (5.780 casos).

## VI. 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 morir 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 negativas 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

<sup>24</sup> 6 de marzo del 2020

<sup>25</sup> Ministerio de Salud de Colombia. 10 de julio 2021. COVID-19 en población indígena de Colombia. Disponible en: <https://bit.ly/3hFrQk5>

alteración en el funcionamiento de los servicios de salud y los de protección social, entre otros<sup>26</sup>.

La evidencia disponible hasta el momento sugiere que los niños y adolescentes serían menos susceptibles a la infección por SARS-CoV-2 y además 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<sup>27,28,29,30,31</sup>

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

Diversos reportes y publicaciones científicas, provenientes de diferentes lugares a nivel global, han descrito grupos de niños y adolescentes que requieren ingreso en unidades de cuidados intensivos con una afección inflamatoria multisistémica con algunas características 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 de baja frecuencia, estos casos presentan importantes desafíos para los sistemas de salud y puede dar lugar a presentaciones clínicas graves y llegar a ser fatal.

En la región de las Américas, desde junio del 2020, la OPS/OMS inició la vigilancia activa de casos SIM, 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 21 de julio de 2021, 24 países y territorios de la región de las Américas han notificado 6.681 casos confirmados acumulados de SIM-P, incluidas 135 defunciones (**Tabla 7**). Durante este mismo periodo, 22 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 19 de junio de 2021<sup>3</sup> al 21 de julio de 2021, un país más ha notificado casos confirmados de SIM-P (Venezuela). Durante el mismo periodo, se registraron 625 casos y 6 defunciones adicionales.

---

<sup>26</sup> 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>

<sup>27</sup> 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>

<sup>28</sup> 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>

<sup>29</sup> Viner, R. M., Russell, S., Saulle, 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>

<sup>30</sup> 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>

<sup>31</sup> 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>

En la medida que aumentan los casos de SIM-P, es importante que cada país/territorio caracterice los casos<sup>32</sup>, con el fin de contribuir a cerrar las brechas en la información, favoreciendo la actualización de las medidas de manejo clínico y respuesta.

**Tabla 7.** 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 21 de julio 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	189	1
Barbados	2	1
Bolivia	1	1
Brasil	1101	69
Canadá	131	0
Chile	340	5
Costa Rica	37	0
Colombia	9	5
Cuba	4	0
Ecuador	13	0
El Salvador	19	0
Estados Unidos de América	4274	37
Guadalupe	5	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	2	0
Honduras	3	0
Panamá	81	2
Paraguay	107	8
Perú	4	0
República Dominicana	131	6
San Martín	2	0
Trinidad y Tabago	29	0
Venezuela	195	0
<b>Total</b>	<b>6681</b>	<b>135</b>

**Nota:**

\* El 21 de julio 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.

<sup>32</sup> Formulario para la notificación de casos, disponible en: <https://bit.ly/3jlbGvw>



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=6.089), 30% tenían entre 0 a 4 años, 34% de 5 a 9 años, 26% de 10 a 14 años y 11% entre 15 a 19 años (los Estados Unidos de América incluye en este grupo etario las personas de 20 años). Con relación a la distribución por sexo, 59% de los casos son hombres.

Respecto de los casos con desenlace fatal, de los 129 casos para los cuales se cuenta con datos sobre la edad y sexo se distribuyeron de la siguiente manera: 40% en el grupo etario de 0 a 4 años, 19% de 5 a 9 años, 16% de 10 a 14 años y 26% entre 15 a 19 años; el 51% de los casos fueron de sexo femenino.

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

Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 en las Américas hasta el 21 de julio, se han notificado al menos 1.763.315 casos, incluidas 10.278 defunciones, de acuerdo con la información disponible de 37 países y territorios de las Américas (**Tabla 8**). Estos datos incluyen ajustes retrospectivos en los casos y 810 defunciones adicionales desde la actualización epidemiológica del 19 de junio de 2021<sup>33</sup>. El total representa 12% del personal de salud total, estimado en 15 millones<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> 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 8.** Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero 2020 al 21 de julio de 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Antigua and Barbuda	44	2
Argentina	94,590	584
Aruba**	244	0
Bahamas**	505	13
Belice**	317	2
Bermuda**	49	0
Bolivia**	24,223	433
Bonaire**	106	0
Brasil	498,422	666
Canadá	100,309	61
Chile	60,606	102
Colombia	62,779	301
Costa Rica	8,107	52
Curazao**	439	0
Dominica	1	0
Ecuador	12,262	121
El Salvador**	6,609	72
Estados Unidos de América	515,527	1,691
Granada	1	0
Guatemala	7,152	65
Haiti**	808	1
Honduras	13,668	115
Islas Caimán**	24	0
Jamaica**	861	4
México£	244,711	4,084
Panamá**	8,663	112
Paraguay	16,358	182
Perú	70,687	1,383
República Dominicana	1,399	22
Santa Lucía	147	0
San Vicente y las Granadinas	29	0
San Eustaquio**	8	0
Sint Maarten**	54	0
Suriname	1,690	3
Islas Turcas y Caicos	97	0
Uruguay	8,715	28
Venezuela	3,104	179
<b>Total</b>	<b>1.763.315</b>	<b>10.278</b>

**Nota:**\* El 21 de julio 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 19 de junio de 2021<sup>3</sup>.

£ 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><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/30zjmCi">https://bit.ly/30zjmCi</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/3i8IJIR">https://bit.ly/3i8IJIR</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/2LgILNX">https://bit.ly/2LgILNX</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). 19 de junio de 2021, Washington, D.C.: OPS/OMS; 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3xYqdnh>
2. OMS. Actualización epidemiológica semanal de COVID-19. Publicada el 20 de julio de 2021. Disponible en: <https://bit.ly/3v6e0Mi>
3. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Antigua y Barbuda**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
4. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Argentina**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
5. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Brasil**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
6. Ministerio de Salud de **Brasil**. Disponible en: <https://bit.ly/3vb3JP2> y <https://bit.ly/2OnJAVg>
7. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Canadá**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
8. Gobierno de **Canadá**. Coronavirus (COVID-19) y comunidades indígenas. Disponible en: <https://bit.ly/2lhCEWq>
9. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Chile**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
10. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Colombia**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
11. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Costa Rica**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
12. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Ecuador**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
13. 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> y Síndrome inflamatorio multisistémico en niños y adolescentes disponible en <https://www.cdc.gov/mis-c/>
14. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Granada**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
15. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Guatemala**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
16. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **México**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.

17. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Paraguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
18. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Perú**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
19. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **República Dominicana**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
20. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) del **Reino Unido**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
21. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Santa Lucía**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
22. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Suriname**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
23. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Uruguay**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.
24. Informe del Centro Nacional de Enlace (CNE) para Reglamento Sanitario Internacional (RSI) de **Venezuela**, recibido por la OPS/OMS por correo electrónico.