

COVID-19



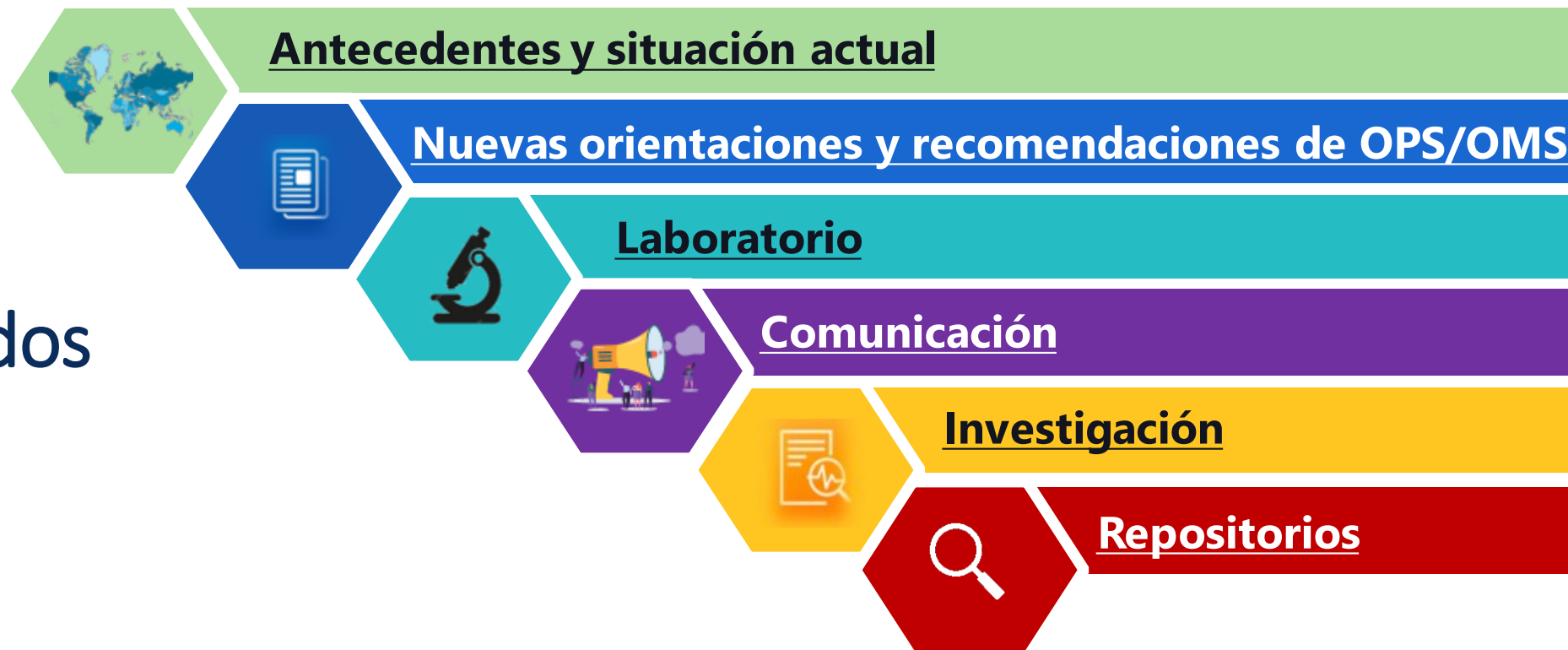
Novel Coronavirus 2019

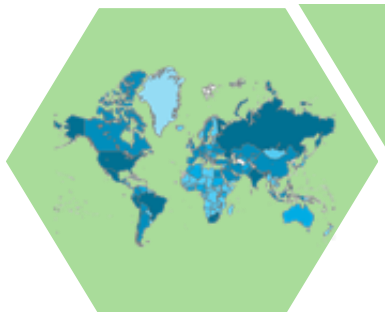
Representación OPS/OMS Argentina

Actualización 16-02-2021 – 2 PM (GMT-3)

<https://www.paho.org/es/recursos-informacion-covid-19-argentina>

Contenidos

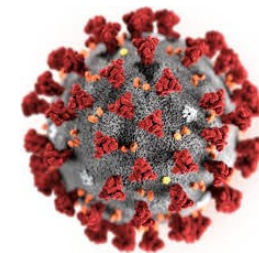




Antecedentes y situación actual

[\[volver al índice\]](#)

Cronología



China reportó casos de neumonía de causa desconocida en Wuhan, Hubei

1º caso importado afuera de China (Tailandia)

1º Reunión del Comité de Emergencia (CE) de la OMS

La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia

3º Reunión CE. La OMS acepta la tarea de identificar la fuente animal del virus, entre otras recomendaciones

4º Reunión CE. Se recomienda a los países prepararse para la introducción de la vacuna, entre otros

6º Reunión CE. Recomendaciones sobre Variantes del SARS-CoV-2, vacunas, entre otros

31/12/19

12/01/20

13/01/20

20-21/01/20

22-23/01/20

30/01/20

11/03/20

24/04/20

30/04/20

15/07/20

31/07/20

29/10/20

14/01/21

Nuevo coronavirus (2019-nCoV) fue identificado y se comparte la secuencia genética

1º Misión de la OMS a china

2º Reunión del CE. La OMS declara el brote un ESPII

La OMS lanza ACT-Acelerador para COVID-19

172 países y múltiples vacunas candidatas forman parte del mecanismo COVAX

5º Reunión CE. Recomendaciones sobre tráfico internacional, vigilancia, entre otros

Mensaje de la Directora de la OPS/OMS

“1. Nuestra respuesta a la pandemia debe estar guiada por la evidencia, no por la especulación. (...)

2. La respuesta a las variantes de interés requiere una amplia colaboración que permita detectar de manera oportuna toda la información nueva y adaptar la respuesta. (...)

3. Hasta ahora, la evidencia sobre estas variantes no cambia los aspectos fundamentales de nuestra respuesta a la pandemia.

Nuestras recomendaciones para prevenir este virus siguen siendo las mismas: mantener una vigilancia robusta, limitar las reuniones, higienizarse las manos frecuentemente, distanciamiento físico y uso de la mascarilla.

...Al mantener estas prácticas, incluso después de ser vacunados, no solo limitamos la propagación de las variantes actuales, sino que podemos impedir la aparición de nuevas variantes.”

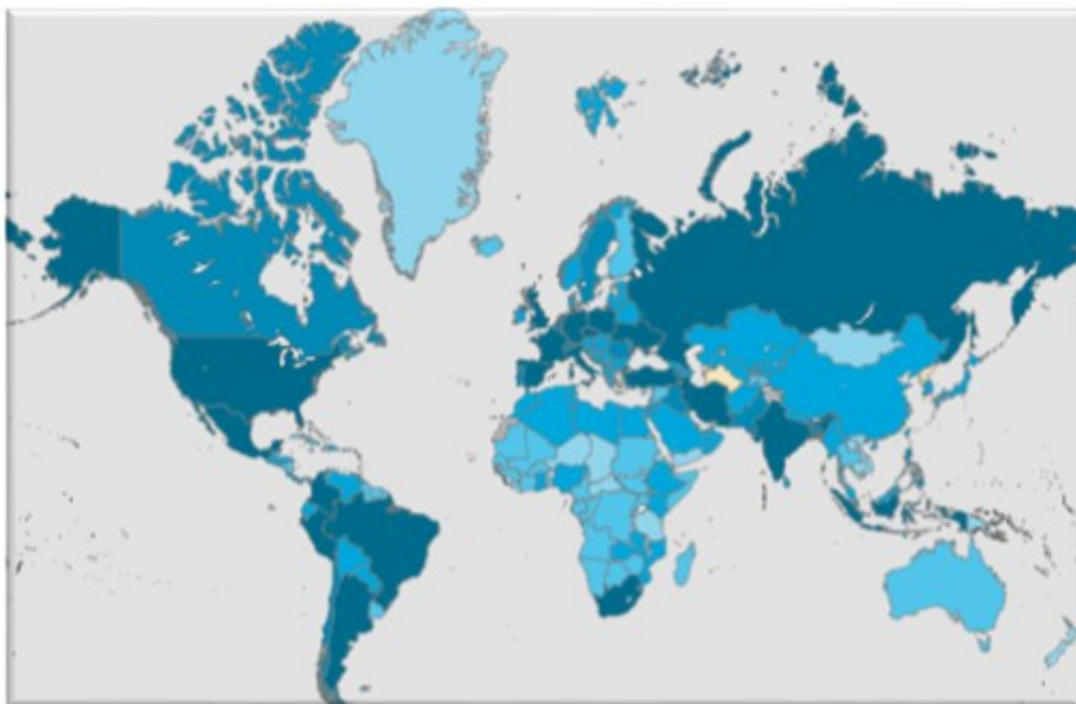


Dra. Carissa Etienne

Situación global: COVID-19

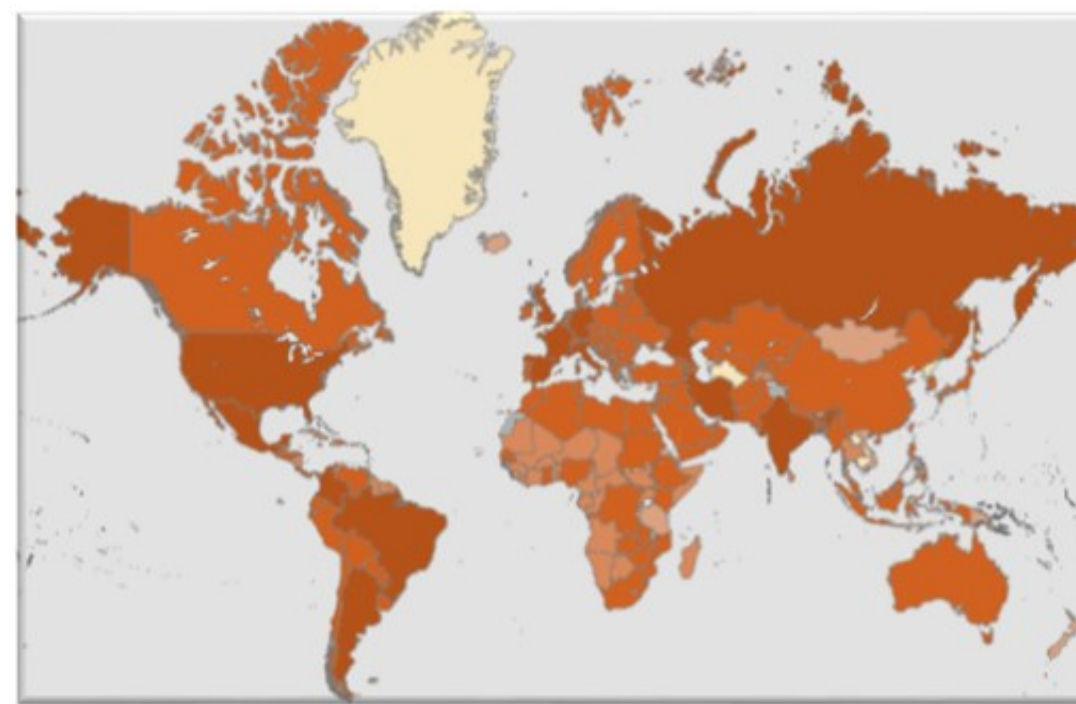
15 de febrero de 2021

Distribución geográfica de casos



108.579.352 casos

Distribución geográfica de muertes

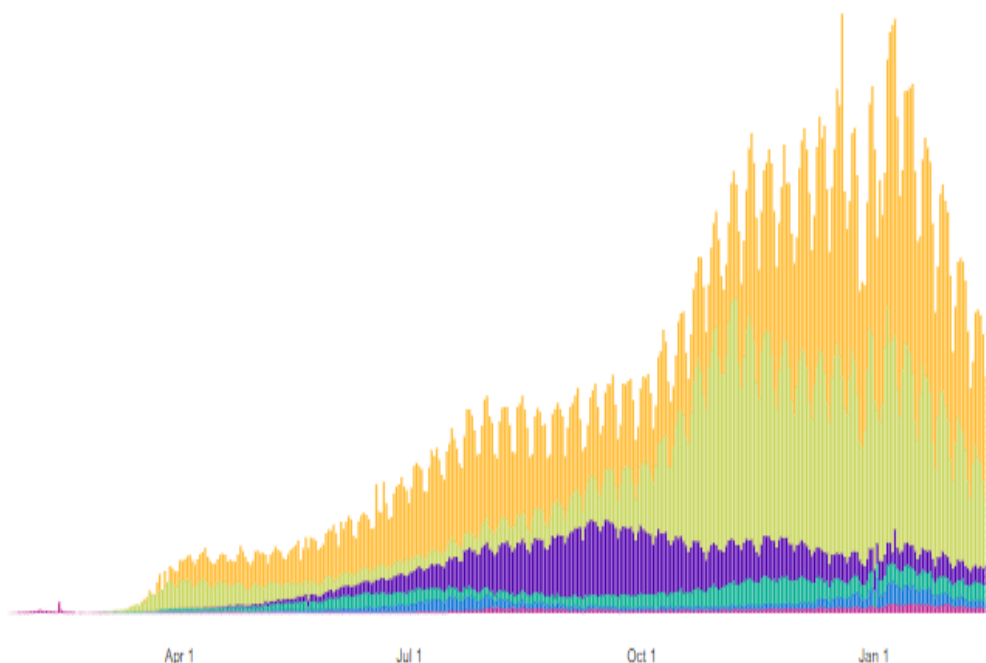


2.396.408 muertes

Situación global: COVID-19

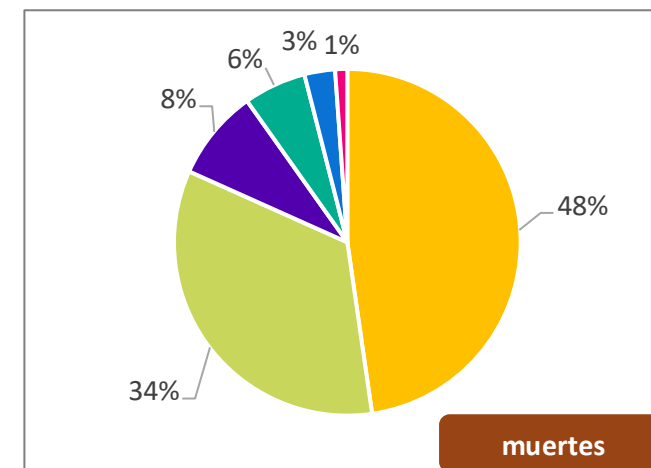
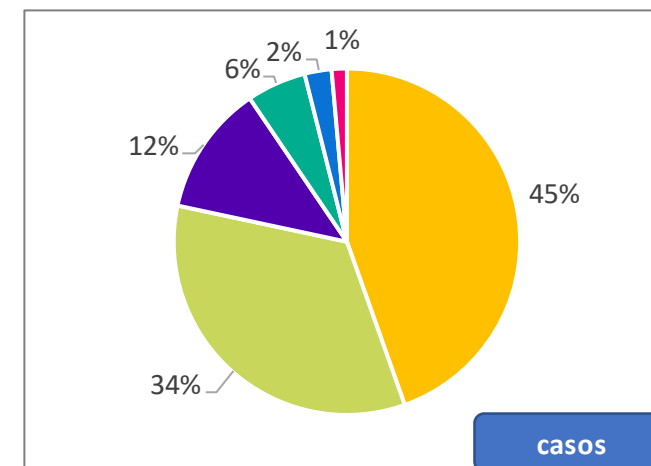
15 de febrero de 2021

Curva epidémica COVID-19

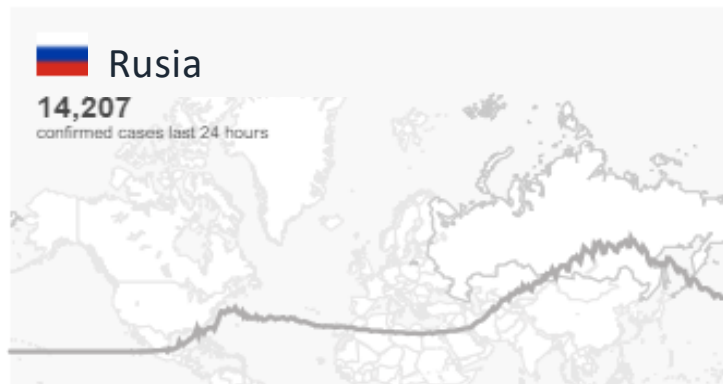
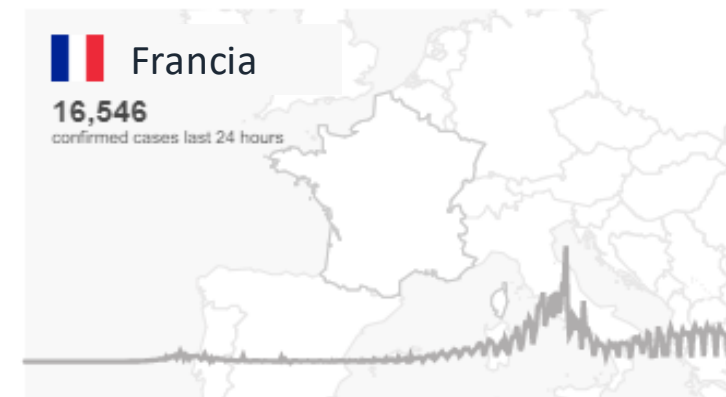
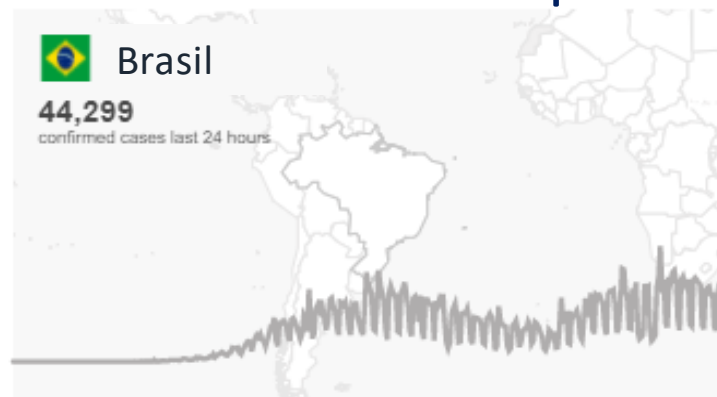


- América
- Europa
- Asia Sudoriental
- Mediterráneo Oriental
- África
- Pacífico Occidental

Porcentaje de casos y muertes por Regiones OMS



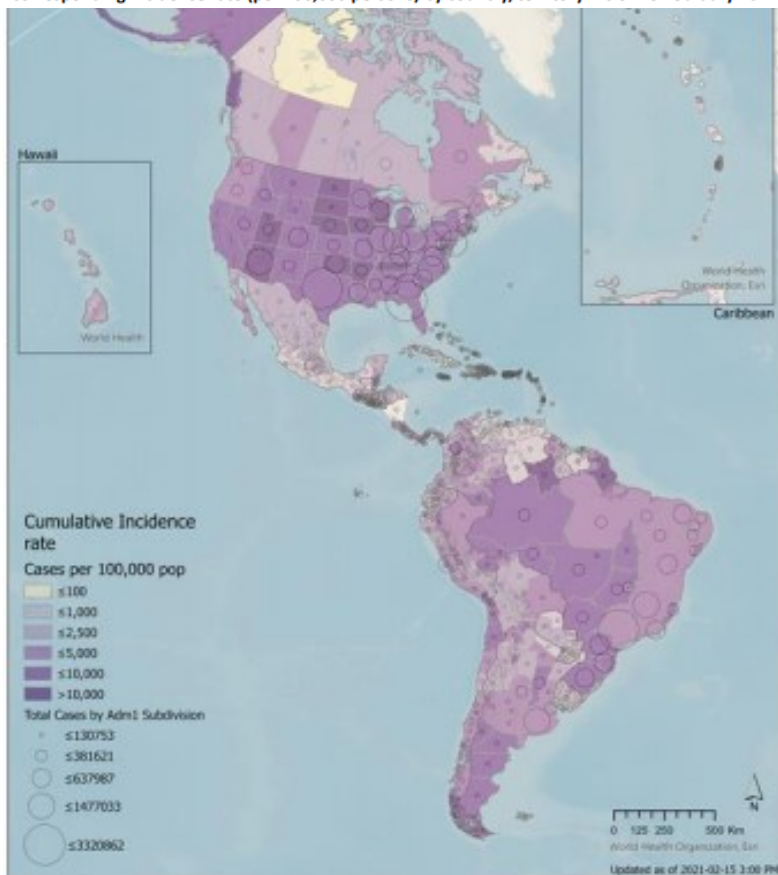
Países con mayor número de casos reportados en las últimas 24 horas:



Situación regional

Distribución geográfica del brote de la enfermedad por el Coronavirus (COVID-19) en las Américas, 15-02-21

Map 1. Reported number of cumulative COVID-19 cases in the Region of the Americas and corresponding incidence rate (per 100,000 persons) by country/territory. As of 15 February 2021.



Casos confirmados
48.457.101
Muertes
1.145.270

País	Casos	Muertes	Tasa cruda de letalidad
EEUU	27.309.503	480.464	2%
Brasil	9.834.513	239.245	2%
Colombia	2.195.039	57.605	3%
Argentina	2.025.798	50.236	3%
México	1.992.794	174.207	9%
Perú	1.235.298	43.703	4%
Canadá	825.785	21.293	3%
Chile	779.541	19.624	3%
Panamá	332.179	5.636	2%
Ecuador	267.701	15.355	6%
Bolivia	236.732	11.202	5%

- 39 países reportan transmisión comunitaria.

Vigilancia de la COVID-19: Definiciones.

https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.2

(Actualización, 16 de diciembre)

<https://covid19-evidence.paho.org/handle/20.500.12663/390>

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance-publications>

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333912>

Definiciones Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/definicion-de-caso>

<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19/Identificacion-y-seguimiento-de-contactos>



Nuevas orientaciones y recomendaciones de OPS/OMS

[\[volver al índice\]](#)

Actualización Epidemiológica: Enfermedad por coronavirus (COVID-19)

09 de febrero de 2021

➤ Brinda un resumen de la situación epidemiológica por COVID a nivel:

Global
Regional (Américas)

Incluye:

➤ Aspectos destacados sobre:



*Síndrome inflamatorio multisistémico

➤ Orientaciones para las autoridades nacionales.

Aspectos destacados: Variantes de SARS-CoV-2.

Detección de las variantes SARS-CoV-2 VOC 202012/01, 501Y.V2 y P.1, linaje B.1.1.28. Región de las Américas, diciembre 2020 al 8 de febrero de 2021.

País	VOC 202012/01	501Y.V2	P.1
Argentina	Si	No	Si
Aruba	Si	No	No
Barbados	Si	No	No
Brasil	Si	No	Si
Canadá	Si	Si	No
Chile	Si	No	No
Colombia	No	No	Si
Cuba	No	Si	No
Curazao	Si	No	No
Ecuador	Si	No	No
Estados Unidos de América	Si	Si	Si
Jamaica	Si	No	No
Martinica	Si	No	No
México	Si	No	No
Panamá	No	Si	No
Perú	Si	No	Si
República Dominicana	Si	No	No
Santa Lucía	Si	No	No
Trinidad y Tabago	Si	No	No
Uruguay	Si	No	No

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

Aspectos destacados: COVID-19 en adultos mayores (población de 60 años y más).

Proporción de población, casos acumulados, defunciones y tasas de mortalidad específica por COVID-19 y grandes grupos de edad. Países y territorios seleccionados, región de las Américas, año 2020.

Indicador	Grupo etario	Aruba	Bahamas	Curazao	Suriname
% Población general	≤ 59 años	78	88	75	82
	≥60 años	22	12	25	12
% Casos	≤ 59 años	84	86	85	89
	≥60 años	16	14	15	11
% Defunciones	≤ 59 años	14	46	17	32
	≥60 años	86	54	83	68
Tasa de mortalidad específica por 1.000 habs.	≤ 59 años	0,08	0,25	0,02	0,07
	≥60 años	1,85	2,08	0,37	1,23

Notas de la tabla:

Los datos de población utilizados se obtuvieron de [las proyecciones de población de las Naciones Unidas para el año 2020](#).

* Los datos corresponden a casos y defunciones ocurridos en 2020. Hay diferencias en la fecha que cada país/territorio 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/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.

Aspectos destacados: COVID-19 durante el embarazo.

Número acumulado de mujeres embarazadas positivas a SARS-CoV-2, defunciones y tasa de letalidad, por país. Región de las Américas, enero de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País	Número de embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Número de defunciones entre embarazadas positivas a SARS-CoV-2	Tasa de letalidad (%)
Argentina	8.698	45	0,52
Bahamas	16	1	6,25
Bolivia	1.946	31	1,59
Belice**	103	2	1,94
Brasil	5.381	289	5,37
Chile	7.322	1	0,01
Colombia	7.695	58	0,75
Costa Rica	393	3	0,76
Cuba	230	0	0,00
Ecuador	1.738	25	1,44
El Salvador	269	9	3,35
Estados Unidos de América	64.075	74	0,12
Guatemala	1.834	22	1,20
Haití**	76	4	5,26
México [§]	13.059	266	2,04
Panamá [§]	1.289	7	0,54
Paraguay	692	1	0,14
Perú [§]	41.403	76	0,18
República Dominicana	323	19	5,88
Uruguay**	82	0	0,00
Venezuela	364	7	1,92
Total	156.988	940	0,60

Notas de la tabla:

* El 8 de febrero de 2021 corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisionales y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización desde la publicación de la [Actualización epidemiológica: Enfermedad del Coronavirus COVID-19, publicada por la OPS/OMS el 15 de enero de 2021.](#)

& Corresponde a mujeres embarazadas y puérperas.

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.

<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-9-febrero-2021>

Aspectos destacados: COVID-19 en pueblos indígenas.

Número de casos y defunciones confirmadas acumulados por COVID-19 en pueblos indígenas de las Américas. Enero de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Bolivia**	3.485	151
Brasil	42.102	558
Canadá	17.201	169
Colombia	34.484	1.070
Ecuador	4.937	194
Estados Unidos de América	178.681	N/D
Guatemala	11.176	341
Guyana**	95	6
México**	13.565	1.965
Panamá**	2.841	53
Paraguay	264	25
Perú	28.916	160
Suriname	529	23
Venezuela	861	28
Total	339.137	4.743

Notas de la tabla:

N/D: datos no disponibles

* El 8 de febrero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

** Sin actualización de la información desde la publicación de la [OPS/OMS del 15 de enero de 2021](https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-9-febrero-2021).

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

Aspectos destacados: Síndrome inflamatorio multisistémico (SIM) en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID-19.

Casos acumulados confirmados y defunciones de SIM en niños y adolescentes que coincide cronológicamente con la COVID19 en las Américas. Mayo de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País/Territorio	Número de casos confirmados	Número de defunciones confirmadas
Argentina	112	1
Brasil	646	41
Canadá	23	0
Chile	151	2
Costa Rica	27	0
Colombia	3	0
Cuba	3	0
Ecuador	8	0
El Salvador	18	0
Estados Unidos de América	1.811	26
Guadalupe	4	0
Guatemala	2	0
Guayana Francesa	1	0
Honduras	2	0
Panamá	5	1
Paraguay	52	5
República Dominicana	103	5
Total	3.015	84

Notas de la tabla:

* El 8 de febrero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

Aspectos destacados: COVID-19 en trabajadores de la salud.

Casos y defunciones confirmados acumulados de COVID-19 en trabajadores de la salud de las Américas. Enero de 2020 al 8 de febrero* de 2021.

País	Número de casos confirmados de COVID-19	Número de defunciones
Argentina	75.317	446
Bahamas	223	3
Brasil	457.686	480
Chile	52.241	102
Colombia	39.241	201
Costa Rica	7.974	25
Ecuador	11.038	114
El Salvador	6.609	71
Estados Unidos de América	393.104	1.347
Guatemala	9.141	84
Jamaica	471	2
México	219.180	2.996
Paraguay	7.836	43
Perú**	30.675	589
República Dominicana	541	16
Suriname	333	0
Uruguay	2592	5
Venezuela	1.678	121
Total	1.315.880	6.645

Notas de la tabla:

* El 8 de febrero corresponde a la fecha del informe más reciente. Hay diferencias en la fecha que cada país ha notificado sus casos a la OPS/OMS o los ha publicado. Los datos son provisorios y sujetos a cambio, en la medida que los países hacen sus ajustes y análisis retrospectivos.

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

<https://www.paho.org/es/documentos/actualizacion-epidemiologica-enfermedad-por-coronavirus-covid-19-9-febrero-2021>

Vacuna AZD1222 contra la COVID-19 desarrollada por la Universidad de Oxford y Astra Zeneca: Documento de referencia (borrador)

10 de febrero 2021

- ❖ Este borrador fue preparado por el Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE) Grupo de Trabajo sobre las vacunas COVID-19. El mismo aborda:
 - ❑ Las características de la vacuna de AZD1222, incluyendo:
 - Composición, estabilidad, contenedor, farmacocinética, toxicidad para la reproducción y lactancia.
 - Estudios preclínicos y clínicos.
 - ❑ Los datos fundamentales de seguridad, eficacia e inmunogenicidad que informan el registro de la vacuna provienen de cuatro estudios en curso:

Estudio	Fase	Lugar
COV001	1/2	Reino Unido
COV002	2/3	Reino Unido
COV003	3	Brasil
COV005	1/2	Sudáfrica

- ❖ En otros países se han planificado o están en curso ensayos más pequeños con la vacuna. Además, se está llevando a cabo un ensayo de fase 3 con unos 30.000 participantes en Estados Unidos, Perú, Chile, Colombia y Argentina, cuyos resultados provisionales se esperan en breve.

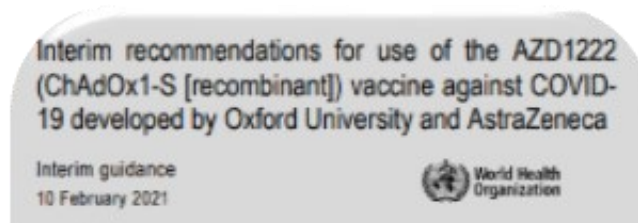
Eficacia (resumen)

- ❖ 14.380 participantes fueron elegibles para su inclusión en el análisis de eficacia (43% Reino Unido, 47% Brasil, 10% Sudáfrica).
- ❖ La vacuna fue eficaz contra el COVID-19 confirmado por laboratorio a partir de los 22 días después de la primera dosis y persistió hasta al menos 12 semanas después de la administración de una segunda dosis (VE=71,42%).
- ❖ El criterio de valoración primario del ensayo fue la eficacia medida a más de ≥ 15 días después de la segunda dosis de la vacuna hasta el final de la fecha de corte de los datos, que fue de media unos 2 meses (media de 58 días; mediana de 66 días) después de la segunda dosis y durante este periodo la vacuna siguió siendo eficaz (VE=63,09%).
- ❖ Los análisis exploratorios indicaron que la eficacia tras la segunda dosis aumentaba con el incremento de los intervalos entre la primera y la segunda dosis.
- ❖ Una proporción relativamente pequeña de participantes tenía 65 años o más y el número de casos de COVID-19 en este grupo de edad era demasiado pequeño para evaluar la protección basándose únicamente en los datos de eficacia.
- ❖ No hubo casos de hospitalización, enfermedad grave o muerte por COVID-19 en los participantes con ≥ 65 años de edad que recibieron AZD1222.

Recomendaciones provisionales para el uso de la vacuna AZD1222(ChAdOx1-S (recombinante)) contra la COVID-19 desarrollada por la Universidad de Oxford y AstraZeneca

10 de febrero de 2021

- ✂ Son orientaciones provisionales sobre la base del asesoramiento emitido por el Grupo Asesor Estratégico de Expertos (SAGE) sobre Inmunización en su reunión extraordinaria del 8 de febrero de 2021.
- ✂ Se recogieron las declaraciones de intereses de todos los colaboradores externos y se evaluó si había algún conflicto de intereses.
- ✂ Estas recomendaciones provisionales se aplican a la vacuna AZD1222 (ChAdOx1-S [recombinante]) contra la COVID-19 desarrollada por la Universidad de Oxford (Reino Unido) y AstraZeneca, así como a las vacunas ChAdOx1-S [recombinante] contra la COVID-19 producidas por otros fabricantes que se basan en los datos clínicos centrales de AstraZeneca.
- ✂ La orientación se basa en las pruebas resumidas en el documento de [antecedentes sobre la vacuna AZD1222 contra la COVID-19 desarrollado por la Universidad de Oxford y AstraZeneca](#) y el documento de [antecedentes sobre la enfermedad COVID-19 y las vacunas](#).



Background

This interim guidance has been developed on the basis of the advice issued by the Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Immunization at its extraordinary meeting on 8 February 2021 (1).

Declarations of interests were collected from all external contributors and assessed for any conflicts of interest. Summaries of the reported interests can be found on the [SAGE meeting website](#) and [SAGE Working Group website](#).

These interim recommendations apply to AZD1222 (ChAdOx1-S [recombinant]) vaccine against COVID-19 developed by Oxford University (United Kingdom) and AstraZeneca as well as to ChAdOx1-S [recombinant] vaccines against COVID-19 produced by other manufacturers that rely on the AstraZeneca core clinical data, following demonstrated equivalence in their regulatory review and once emergency use listing (EUL) has been obtained from WHO.

The guidance is based on the evidence summarized in the [background document on AZD1222 vaccine against COVID-19 developed by Oxford University and AstraZeneca](#) and the [background paper on COVID-19 disease and vaccines](#). Both these documents are available on the SAGE COVID-19 webpage: <https://www.who.int/publications/m/item/sage-covid-19-webpage>.

Methods

SAGE applies the principles of evidence-based medicine and has set in place a thorough methodological process for testing and updating recommendations (2). A detailed description of the methodological processes as they apply to COVID-19 vaccines can be found in the SAGE evidence framework for COVID-19 vaccines (3). This framework contains guidance on considering data emerging from clinical trials in relation to the issuance of vaccine-specific evidence-based recommendations.

General goal and strategy for the use of the AZD1222 vaccine against COVID-19

The COVID-19 pandemic has caused significant morbidity and mortality throughout the world, as well as major social, educational and economic disruptions. There is an urgent global need to develop effective and safe vaccines and to make these available at scale and equitably across all countries.

The AZD1222 vaccine against COVID-19 has an efficacy of 63.09% (95% CI 51.83, 71.71) against symptomatic SARS-CoV-2 infections, as shown by the primary analysis of data irrespective of vaccine interval (data cut: 7 December 2020) from trial participants in the United Kingdom, Brazil and South Africa who received 2 standard doses. Vaccine efficacy tended to be higher when the interval between doses was longer. This, together with the finding of higher antibody levels with increasing vaccine interval, supports the conclusion that longer dose intervals within the 6–12 weeks range are associated with greater vaccine efficacy. No vaccinated persons were hospitalized as from 22 days after dose 1, compared with 14 unvaccinated persons who were hospitalized for COVID-19 in the same time frame. At the time of analysis, the median follow-up time after the second dose was 89 days. More detailed data on the efficacy and safety of this vaccine can be found in the [background document on AZD1222 vaccine against COVID-19 developed by Oxford University and AstraZeneca](#): <https://www.who.int/publications/m/item/sage-covid-19-webpage>.

[https://www.who.int/publications/m/item/sage-covid-19-webpage](#). The data reviewed by WHO support the conclusion that the vaccine and

Recomendaciones provisionales para el uso de la vacuna Moderna mRNA-1273 contra COVID-19

25 de enero 2021

Interim recommendations for use of the Moderna mRNA-1273 vaccine against COVID-19

Interim guidance
25 January 2021



Background

This interim guidance has been developed on the basis of the advice issued by the Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE) at its extraordinary meeting on 21 January 2021 [1].

Declarations of interests were collected from all external contributors and assessed for any conflicts of interest. Summaries of the reported interests can be found on the [SAGE meeting website](#) and [SAGE Working Group website](#).

The guidance is based on the evidence summarized in the Background document on mRNA-1273 vaccine (Moderna) against COVID-19 and the [Background paper on COVID-19 disease and vaccines](#). Both of these documents are available on the SAGE COVID-19 webpage: <https://www.who.int/news-room/updates-of-covid-19-vaccine-development/21-jan-2021>.

Methods

SAGE applies the principles of evidence-based medicine and has set in place a thorough methodological process for issuing and updating recommendations [2]. A detailed description of the methodological processes as they apply to COVID-19 vaccines can be found in the SAGE evidence framework for COVID-19 vaccines. This framework contains guidance on considering data emerging from clinical trials in relation to the issuance of vaccine-specific evidence-based recommendations [3].

Goal and strategy for the use of the Moderna mRNA-1273 vaccine against COVID-19

The COVID-19 pandemic has caused significant morbidity and mortality throughout the world, as well as major social, educational and economic disruptions. There is an urgent global need for effective and safe vaccines and to make them available at scale and equitably across all countries.

The mRNA-1273 vaccine against COVID-19 developed by Moderna (Moderna COVID-19 vaccine) has been shown to have an efficacy of 94.1% based on a median follow-up of two months. High efficacy was maintained across all age groups (above 18 years), and was not affected by sex or ethnicity. The data reviewed by WHO at this time support the conclusion that the known and potential benefits of mRNA-1273 outweigh the known and potential risks. An sufficient vaccine supply will not be immediately available to immunize all who could benefit from it, countries are recommended to use the WHO Prioritization Roadmap [4] and the WHO Values Framework [5] as guidance for their prioritization of target groups. When vaccine supplies are very limited (stage 1 in the WHO Prioritization Roadmap), in settings with community transmission, the Roadmap recommends that priority be given initially to health workers at high risk and older people with and without comorbidities. Protecting high-risk health workers has a threefold purpose: (i) to protect the individual health workers; (ii) to protect critical essential services during the COVID-19 pandemic, and (iii) to prevent onward transmission to vulnerable people. Protecting older people will have the greatest public health impact in terms of reducing the number of deaths. As more vaccine becomes available, additional priority groups should be vaccinated as outlined in the WHO Prioritization Roadmap [4], taking into account national epidemiological data and other relevant considerations.

-3-

- ✘ Estas orientaciones provisionales se han elaborado sobre la base del asesoramiento emitido por el Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización (SAGE) en su reunión extraordinaria del 21 de enero de 2021.
- ✘ Se recogieron las declaraciones de intereses de todos los colaboradores externos y se evaluó si había algún conflicto de intereses.
- ✘ Las orientaciones se basan en la evidencia resumida en el documento de [antecedentes sobre la vacuna mRNA-1273 \(Moderna\) contra la COVID-19](#) y en el documento de [antecedentes sobre la enfermedad COVID-19 y las vacunas](#).

Consideraciones para formar un comité regional de revisión de COVID-19

29 de enero de 2021



- ✘ Este documento proporciona consideraciones para establecer un comité regional de revisión de COVID-19 (CRR) para la vacunación contra la COVID-19 a fin de:
 - Gestionar y supervisar la revisión de los planes nacionales de despliegue y vacunación presentados por los países.
- ✘ El CRR puede estar formado por varios equipos, en función de las necesidades regionales.

Mensajes claves

- ✘ Cada región debe establecer un comité regional de revisión de los planes de despliegue y vacunación COVID-19 y adaptar los términos de referencia para regir el proceso de revisión.
- ✘ El comité regional de revisión debe representar la amplitud de conocimientos necesarios para revisar los planes de despliegue de las vacunas y la vacunación de las poblaciones objetivo.

10 pasos para la preparación de la comunidad: Qué deben hacer los países para preparar a las comunidades para una vacuna, un tratamiento o una nueva prueba contra el COVID-19

08 de febrero 2021

- ❖ Este documento destaca 10 principios de Comunicación de Riesgos y Participación Comunitaria bien establecidos que han demostrado su poder.
- ❖ En conjunto, sitúan a las comunidades en el centro del despliegue de nuevas vacunas, tratamientos y pruebas y promueven la confianza, el ingrediente fundamental de toda acción comunitaria.

Principios:

Tomar decisiones sobre la personas, con las personas.

Dejar que las personas midan el éxito.

Mantener y reforzar la confianza a través de conexiones formales e informales.

Contratar y potenciar más expertos en comunicación de riesgos y participación comunitaria.

Escuchar más, hablar menos.

Crear capacidad y desarrollar habilidades para ir más allá de la COVID-19.

Utilizar los datos para tomar decisiones y corregir el rumbo.

Gestionar la infodemia.

Planificar, planificar, planificar con las personas.

Iniciar juntos el ritmo de los tambores.



Introducción de la vacuna contra la COVID-19: Orientaciones para determinar los grupos prioritarios y elaborar la microplanificación

18 de enero 2021



- ❑ El propósito de este documento es apoyar a los países de la Región de las Américas a **planificar los componentes operacionales del programa de inmunizaciones en preparación de la vacuna contra la COVID-19**.
- ❑ Para ello se siguen los principios y los valores recomendados por el SAGE* y el GTA**, así como las recomendaciones técnicas de la OPS y la OMS.
- ❑ Estas recomendaciones están orientadas a **planificar la introducción de las vacunas contra la COVID-19 a nivel operativo** con miras a vacunar de forma equitativa a 20% de la población de un país durante la etapa inicial de abastecimiento de vacunas, siguiendo las recomendaciones de la [Hoja de ruta del SAGE de la OMS](#) y de la priorización de los grupos poblacionales establecidas por el país.
- ❑ Las recomendaciones son preliminares y se actualizarán a medida que se disponga de nueva evidencia.

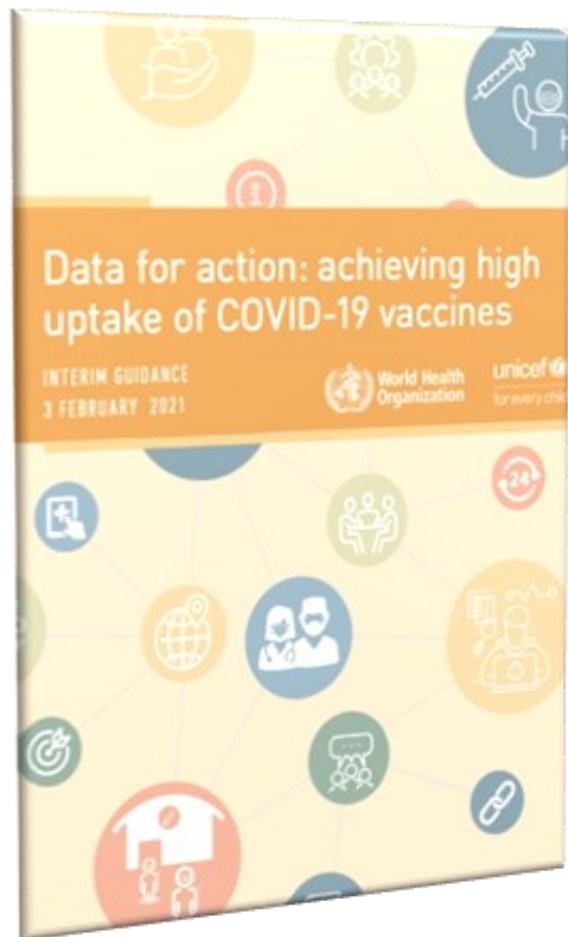
*Grupo Asesor Estratégico de Expertos en Inmunización.

**Grupo Técnico Asesor sobre enfermedades prevenibles por vacunación de la OPS

Datos para la acción: Lograr una alta aceptación de las vacunas COVID-19

Orientaciones provisionales

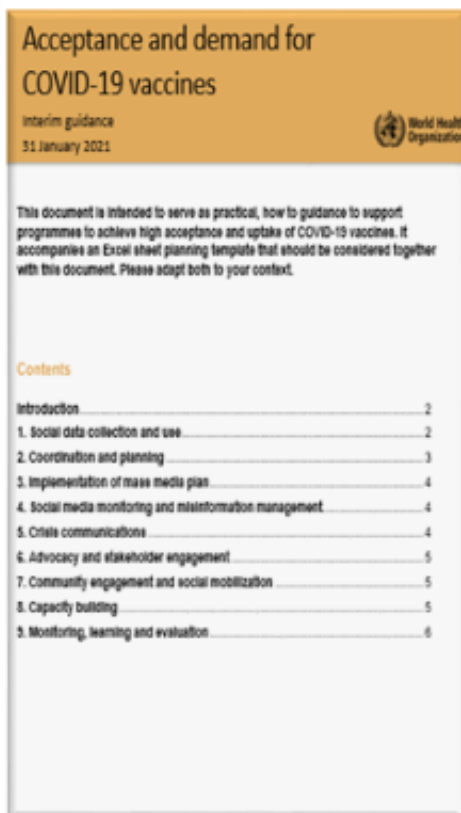
03 de febrero 2021



- * Esta guía, junto a las encuestas y guías de entrevistas cualitativas asociadas, fue desarrollada por una rama de un grupo de expertos existente que desarrolla herramientas similares para medir los impulsores conductuales y sociales (BeSD) de la vacunación infantil.
- * Estas herramientas se basan en la experiencia general del grupo BeSD y en la investigación existente sobre la aceptación de la vacuna.
- * El **objetivo** de BeSD es impulsar la disponibilidad, calidad y uso de datos locales y globales sobre la aceptación y la adopción de las vacunas.
- * Estas herramientas aún no han sido validadas formalmente. Sin embargo, está previsto realizar entrevistas cognitivas y una validación psicométrica en un futuro próximo.
- * La OMS proporcionará actualizaciones continuas de esta guía y de las herramientas en 2021.
- * Para que la OMS y sus asociados puedan recopilar aprendizajes, ideas y comentarios sobre el uso de estas herramientas, le rogamos que informe a Lisa Menning en la sede de la OMS (menningl@who.int) si utiliza alguna de estas herramientas.

Documentos sobre las vacunas para la COVID-19

Aceptación y demanda de las vacunas COVID-19: Orientaciones provisionales



Esta herramienta operativa ofrece una **visión general de las actividades y consideraciones clave para lograr una alta aceptación y aceptación de las vacunas COVID-19**. Entre otras acciones críticas, la herramienta hace hincapié en la necesidad de escuchar a la sociedad y de recopilar y utilizar datos sociales y de comportamiento para orientar el diseño y la evaluación de estrategias específicas para generar y mantener la demanda.

Aceptación y demanda de las vacunas COVID-19: Modelo de plan de comunicación

The image shows the cover and a table from a WHO document. The title is 'Acceptance and demand for COVID-19 vaccines' with the subtitle '31 January 2021'. Below the title, there is a paragraph: 'This communication plan template is intended to offer an outline of the communications activities that completed along with a narrative communications plan to provide guidance, which will include the specific country context.' The table below lists activities categorized into 'Social data collection and use', 'Coordination and planning', and 'Formative research'.

Category of activities	Activities (examples)	
1. Social data collection and use: This will include review of existing social data, which could be information from risk communication and community engagement (RCCE) studies and surveys or formative research that needs to be conducted for understanding community risk perception for COVID-19 vaccines, acceptance of vaccine, influencers etc.	1.1 Conduct desk review of available studies and surveys (from COVID-19 RCCE, immunization specific surveys, formative research etc.)	Progr
	1.2 Social listening (social media sentiment analysis, helpline data, community feedback etc.)	Careg
	1.3 Develop ToR for contracting a research agency for conducting study and surveys, establish a contract with research agency	Progr
	1.4 Surveys: quantitative surveys specific to COVID-19 vaccines	Careg religio health
	1.5 Formative research to collect qualitative data	Health
2. Coordination and planning: This will include reactivating the existing coordination mechanisms at national and subnational levels, regular advocacy, communication and social mobilization (ACSM) meetings led by government to	2.1 Establish/revitalize advocacy communication, social mobilization (ACSM) committee at national/provincial/district level	MoH a
	2.2 Support government to organize regular coordination meeting	MoH a
	2.3 Build capacity of ACSM committee members to	ACSM

El documento ofrece un **esquema de las actividades que deben considerarse cuando los países se preparan para introducir las vacunas COVID-19**.

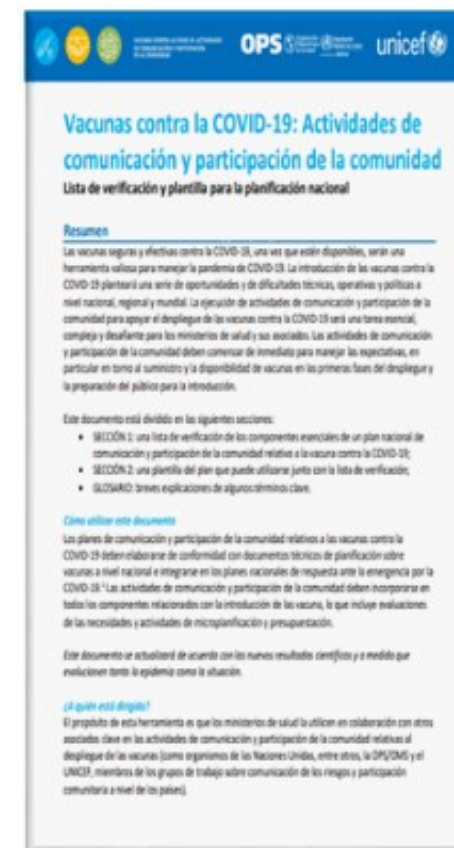
Los países pueden adaptar esta plantilla al contexto local y añadir actividades que se ajusten al contexto del país.

Documentos sobre las vacunas para la COVID-19

Preguntas frecuentes sobre las vacunas experimentales contra la COVID-19 y los mecanismos de acceso

Preguntas y respuestas sobre aspectos regulatorios relacionados con la introducción y la farmacovigilancia de las vacunas para la COVID-19

Vacunación y COVID-19: Actividades de comunicación y participación de la comunidad. Lista de verificación y plantilla para la planificación nacional



Rastreo de contactos en el marco de la COVID-19

01 de febrero 2021



- ❖ Este documento es una actualización de las orientaciones publicadas en mayo de 2020.
- ❖ Proporciona a las autoridades de sanitarias orientación sobre la priorización basada en el riesgo de las actividades de rastreo de contactos cuando la transmisión está en niveles altos.
- ❖ Actualiza otras secciones de las orientaciones para reflejar:
 - ✓ las enseñanzas extraídas sobre la definición de contactos,
 - ✓ Los principios operativos de participación de la comunidad en la localización de contacto,
 - ✓ Los instrumentos digitales para el seguimiento de contactos
 - ✓ Ejemplos de indicadores clave de desempeño.

Cuestiones fundamentales

- El rastreo de contactos, junto con las pruebas de laboratorio sólidas, el aislamiento y la atención de casos, es una estrategia fundamental para interrumpir las cadenas de transmisión de SARS-CoV-2 y reducir la mortalidad asociada a la COVID-19.
- El rastreo de contactos se utiliza para localizar y proporcionar cuarentena con apoyo a las personas que han estado en contacto con individuos infectados por el SARS-CoV-2 y se puede utilizar para reconocer una fuente de infección mediante la identificación de entornos o eventos donde la infección puede haber ocurrido, lo que permite adoptar medidas sociales y de salud pública enfocadas.
- Cuando no sea factible localizar, supervisar y poner en cuarentena a todos los contactos, se debe dar prioridad al seguimiento de los contactos con un mayor riesgo de infección sobre la base del grado de exposición y a los que presentan un riesgo mayor de padecer COVID-19 grave.
- El rastreo de los contactos puede mejorar con la ayuda de instrumentos digitales, pero los problemas éticos relacionados con la accesibilidad, privacidad, seguridad y rendición de cuentas deben considerarse cuando se diseñan e implementan.
- De ser posible, los rastreadores se seleccionarán de la propia comunidad y tendrán un nivel apropiado de escolaridad, buenas aptitudes de comunicación, dominio de la lengua local y conocimiento de las circunstancias y la cultura. Deben ser informados sobre la manera de protegerse.
- El compromiso estrecho y constante con las comunidades es fundamental para el buen rastreo de los contactos.
- Las presentes orientaciones son pertinentes para todos los virus SARS-CoV-2, inclusive las variantes de virus notificadas recientemente.

COVID-19: Seguridad y salud laboral del personal sanitario

02 de febrero 2021

❖ Los trabajadores sanitarios están en la primera línea de la respuesta al brote de COVID-19 y, como tales, están expuestos a diferentes peligros que los ponen en riesgo.

❖ Los riesgos laborales incluyen:

- ✓ La **exposición al SARS-CoV-2 y a otros patógenos,**
- ✓ La **violencia, acoso, estigma, discriminación, la gran carga de trabajo y el uso prolongado de equipos de protección personal.**

❖ Este documento proporciona medidas específicas para proteger la salud y la seguridad laboral de los trabajadores sanitarios y destaca los deberes, derechos y responsabilidades en materia de salud y seguridad en el trabajo en el contexto del COVID-19.



Mensajes claves



• El personal sanitario debe seguir disfrutando de su derecho a unas condiciones de trabajo dignas, saludables y seguras en el contexto de la COVID-19.



• La prevención primaria del COVID-19 entre los trabajadores sanitarios debe basarse en la evaluación del riesgo y en la introducción de medidas adecuadas.



• Deben abordarse otros riesgos laborales amplificadas por la pandemia de COVID-19, como la violencia, el acoso, la estigmatización, la discriminación, la gran carga de trabajo y el uso prolongado de equipos de protección individual.



• Todos los trabajadores sanitarios deben disponer de servicios de salud laboral, salud mental y apoyo psicosocial, así como de instalaciones adecuadas de saneamiento, higiene y descanso.



• Los centros sanitarios deben tener programas de salud laboral junto con programas de prevención y control de infecciones.



• Los empresarios tienen la responsabilidad general de garantizar que se adopten todas las medidas de prevención y protección necesarias para minimizar los riesgos laborales de los trabajadores sanitarios.



• El personal sanitario es responsable de seguir las normas establecidas para la protección de su salud y seguridad en el trabajo.

Definición y categorización del momento de la transmisión de madre a hijo del SARS-CoV-2

07 de febrero 2021

- ❖ Este informe científico se ha elaborado a partir de los resultados de una síntesis de evidencia y de una consulta de expertos de la OMS.



Principales conclusiones:

- ❖ En este momento, **la evidencia sobre el alcance de la transmisión vertical del SRAS-CoV-2 y el momento en el cual se produce son reducidas debido a limitaciones relacionadas con la sensibilidad y la especificidad de las pruebas de diagnóstico y a la falta de toma de muestras adecuadas en momentos oportunos.**
- ❖ Esta escasez de datos se debe en parte a la falta de definiciones estandarizadas que permitan comparar los datos de diferentes estudios.
- ❖ En este documento se proponen definiciones con el objetivo de aumentar nuestra comprensión de la transmisión vertical del SARS-CoV-2 y sus consecuencias clínicas para el neonato.
- ❖ El sistema de clasificación presentado puede actualizarse en el futuro a medida que se disponga de nueva información.

- ❖ El **sistema de clasificación propuesto** para determinar el momento de la transmisión vertical del SRAS-CoV-2 se basa en tres elementos:
 1. **La infección materna documentada**, utilizando las definiciones de casos COVID-19 de la OMS, en cualquier momento del embarazo para la infección in útero; cerca del momento del parto para la infección intraparto y postnatal temprana;
 2. **Test** para evaluar la probabilidad de una exposición temprana in útero o intraparto; y
 3. **Test** para evaluar la exposición posterior /persistencia del virus o la respuesta inmunitaria específica al virus en el feto/neonato.

- ❖ El **momento de la transmisión vertical** (in útero, intraparto y postnatal temprana) se clasifica en categorías mutuamente excluyentes, como sigue:
 1. Confirmada;
 2. Posible (la evidencia es sugestiva pero no confirma la infección);
 3. Improbable (poco apoyo al diagnóstico pero no se puede descartar completamente la infección); e
 4. Indeterminada (cuando no se han realizado los test necesarios para definir la clasificación).

Necesidades, percepciones y demandas de la comunidad: Herramienta de evaluación comunitaria

05 de febrero 2021



- ❖ Esta herramienta puede ser utilizada por los países para **evaluar y responder rápidamente a las necesidades y percepciones sanitarias de la comunidad en torno al acceso y el uso efectivo de los servicios sanitarios esenciales durante el brote de COVID-19.**
- ❖ El cuestionario debe ser administrado a informantes clave que puedan representar las perspectivas de la comunidad.
- ❖ Abarca los siguientes aspectos:
 - ⌘ Necesidades insatisfechas de servicios sanitarios esenciales;
 - ⌘ Obstáculos percibidos para el uso de los servicios sanitarios esenciales,
 - ⌘ Actitudes hacia la vacunación contra la COVID-19;
 - ⌘ Activos y vulnerabilidades de la comunidad; y
 - ⌘ Obstáculos a la prestación de servicios comunitarios.
- ❖ **Destinatarios:** autoridades sanitarias nacionales y subnacionales, equipos nacionales y subnacionales de gestión de incidentes COVID-19 y gestores de instalaciones.

Orientación sobre la prevención y el control de las infecciones en los centros de cuidados de larga duración en el contexto de la COVID-19

06 de enero de 2021

❖ Es una actualización de las orientaciones publicadas el 21 de marzo de 2020 y contiene nuevas pruebas y orientaciones, incluyendo:

✓ **Resultados actualizados de estudios publicados sobre:**

- La **epidemiología y el alcance de la infección por el SRAS-CoV-2** entre los residentes y el personal de los centros de cuidados de larga duración (CCLD);
- La **eficacia de las medidas de prevención y control de infecciones (IPC)** para prevenir la transmisión del SRAS-CoV-2 en los CCLD;
- El **impacto de las medidas de IPC** en la salud mental, física y el bienestar de las personas mayores y, en particular, de las personas con demencia u otros problemas de salud mental/ trastornos neurológicos;

✓ **Consejos sobre la detección precoz y las pruebas de SARS-CoV-2** entre los residentes y el personal de los CCLD;

✓ **Asesoramiento sobre las políticas relativas a los visitantes de los CCLD y consideraciones adicionales para minimizar el impacto en la salud mental y física de las restricciones y medidas de IPC** aplicadas en el contexto de COVID-19.



Análisis y uso de datos rutinarios para supervisar los efectos de la COVID-19 en los servicios sanitarios esenciales: Guía práctica para los responsables nacionales y subnacionales

14 de enero 2021



- ✘ Esta guía práctica puede utilizarse para ayudar a los países a **supervisar y analizar el impacto de la COVID-19 en los servicios de salud esenciales para informar la planificación y la toma de decisiones.**
- ✘ Ofrece recomendaciones prácticas sobre:
 - Cómo utilizar los **indicadores clave de rendimiento** para analizar los cambios en el acceso y la prestación de los servicios sanitarios esenciales en el contexto de la pandemia de COVID-19;
 - Cómo **visualizar e interpretar estos datos**; y
 - Cómo utilizar las conclusiones para **orientar las modificaciones para la prestación segura de los servicios y la transición hacia el restablecimiento y la recuperación.**
- ✘ Se centra en los indicadores y datos existentes que se recogen en los sistemas de notificación rutinarios y en cómo pueden ser utilizados por las autoridades nacionales y subnacionales para comprender los contextos específicos, los retos y los cuellos de botella.

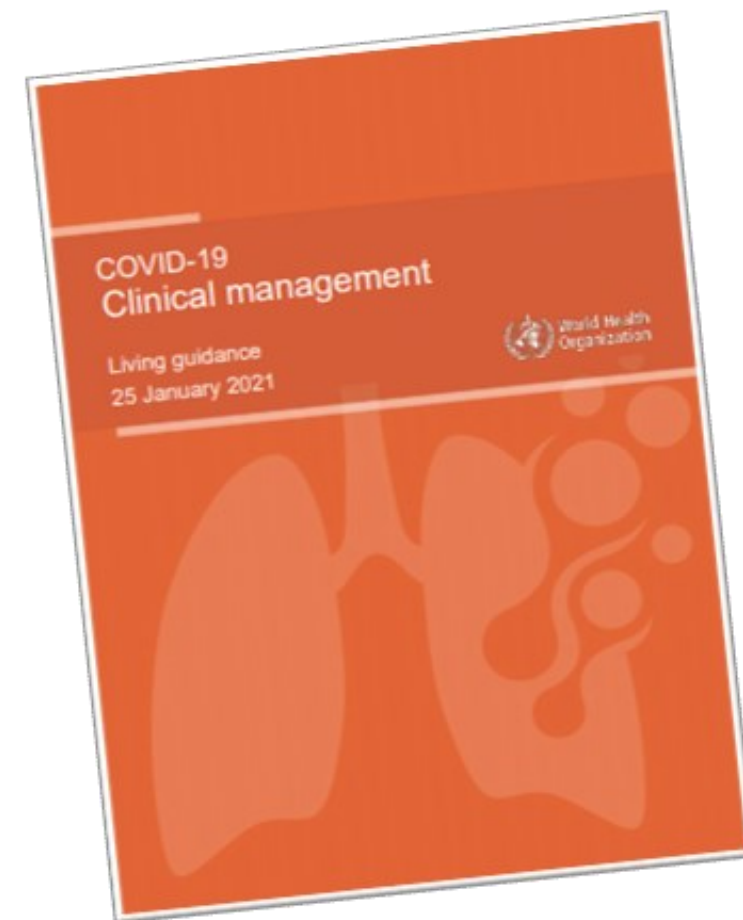
COVID-19: Gestión clínica

25 de enero de 2021

Pregunta clínica: ¿Cuál es el manejo clínico de los pacientes con COVID-19?

Público objetivo: Médicos/as clínicos y responsables de la toma de decisiones.

Práctica actual: Es variable, lo que refleja una incertidumbre a gran escala. La [versión anterior de la Guía para el manejo clínico de la COVID-19](#) ofrecía recomendaciones que pueden aplicarse al cuidado de los pacientes durante el proceso de atención de la COVID-19. Esta guía también incluye información sobre el cuidado de los pacientes con COVID-19 después de su enfermedad aguda y [5 nuevas recomendaciones](#).



Recomendaciones condicionales:

- ❖ Para utilizar el juicio clínico, incluyendo la consideración de los valores y preferencias de los pacientes y la política local y nacional si está disponible para guiar las decisiones de manejo, incluyendo el ingreso en el hospital y en la unidad de cuidados intensivos (UCI), en lugar de los modelos de predicción disponibles actualmente para el pronóstico cuando se atiende a pacientes con COVID-19 de cualquier gravedad evaluados en una clínica u hospital (certeza muy baja).
- ❖ Para el uso de la monitorización de la oximetría de pulso en el hogar como parte de un paquete de cuidados, incluyendo la educación del paciente, el proveedor y el seguimiento apropiado, en pacientes sintomáticos con COVID-19 y con factores de riesgo para la progresión a la enfermedad grave que no se encuentran hospitalizados (certeza muy baja).
- ❖ Para el uso de la posición prona vigil de pacientes con COVID-19 grave que estén hospitalizados y que requieran oxígeno suplementario o ventilación no invasiva (certeza baja).
- ❖ Para el uso de la dosis de tromboprofilaxis de la anticoagulación en lugar de la dosis intermedia o terapéutica en pacientes hospitalizados con COVID-19, sin una indicación establecida para una dosis más alta de anticoagulación (certeza muy baja).
- ❖ Para el uso de los paquetes de cuidados existentes (definidos como tres o más prácticas informadas por la evidencia y aplicadas de forma conjunta y consistente para mejorar la atención) elegidos localmente por el hospital o la UCI y adaptados según sea necesario a las circunstancias locales en pacientes con COVID-19 crítica (certeza muy baja).

Declaración de buenas prácticas:

- ❖ Los pacientes con sospecha o confirmación de COVID-19 (de cualquier gravedad de la enfermedad) que presenten síntomas persistentes, nuevos o cambiantes deben tener acceso a la atención de seguimiento.

Formulario de Informe de Caso (CRF) de la Plataforma Clínica Global COVID-19 para la condición post COVID (Post COVID-19 CRF)

09 de febrero 2020

- La OMS invita a médicos/as y pacientes a recopilar información sobre la COVID-19 de forma sistemática y a aportar datos clínicos a la Plataforma Clínica de la OMS para ampliar nuestros conocimientos sobre la afección posterior a la COVID-19 y apoyar la atención a los pacientes y las intervenciones de salud pública.
- El formulario de notificación de casos (CRF) Post COVID de la OMS ha sido diseñado para notificar datos clínicos estandarizados de individuos tras el alta hospitalaria o después de la enfermedad aguda para examinar las consecuencias a medio y largo plazo de la COVID-19.
- Los formularios estarán disponibles en varios idiomas.
- Un CRF basado en la web estará disponible en Open Clinical para apoyar la entrada de datos en línea.



Herramientas/checklist sobre COVID-19

Herramienta práctica para estimar la población con mayor riesgo y riesgo alto de COVID-19 grave debido a afecciones de salud subyacentes en las Américas

Estimación del tamaño de las poblaciones de alto riesgo de muerte por COVID-19 en las Américas

Lista de comprobación para la gestión de los trabajadores sanitarios en respuesta a la COVID-19

COVID-19

Checklist for the Management of Health Workers in Response to COVID-19

19 November 2020
3rd edition

INTRODUCTION

In order to address health emergency situations, such as that declared by the COVID-19 pandemic, countries and health institutions must have the capacity to respond with human resources for health (HRH) that are sufficient in quantity and possess the skills and capacities necessary to meet the needs of the population in a timely, relevant, efficient, and effective manner. Effective management of health workers will allow health systems to respond in a timely manner, improve health care outcomes, rationalise the use of resources, and reduce the stress on staff.

Health emergencies, such as the COVID-19 pandemic, present challenges to ensure the availability of health workers in areas of high demand with the necessary capacities to respond adequately to increased demand and expansion of services as well as the possible reduction in available personnel due to, among other things, illness, risk situations, and personal or family issues.

Planning and management of human resources for health is essential to ensure preparedness for response, enhance surge capacity, maintain essential health services, and ensure a sufficient and continual supply of health workers that are more efficient and productive, providing them with the training, protections, rights, recognition, and tools necessary to undertake their roles. The following actions should be prioritised:

1. Establish a process to forecast human resources' staffing needs and the possible mobilisation and reorganisation of human resources;
2. Protect health personnel and support workers in health institutions, including consideration for their mental health, psychosocial, and personal and family needs;
3. Provide appropriate and up-to-date training and maintain communication with health workers;
4. Activate or strengthen the health services network, communication and community participation in countries.

This checklist is designed to complement the actions and interventions related to the management of human resources for health described in the document, Framework for the response of integrated health services delivery networks to COVID-19.

It is intended for use by PAHO/WHO Health systems and services advisors, PAHO/WHO incident command members, national health authorities (including HRH directors and managers), and directors of health services.

PAHO BE AWARE. PREPARE. ACT.

COVID-19

COVID-19 y comorbilidades en las Américas

Herramienta práctica para estimar la población con mayor riesgo y riesgo alto de COVID-19 grave debido a afecciones de salud subyacentes en las Américas

1. Antecedentes

Se sabe que el riesgo de enfermarse gravemente tras infectarse por SARS-CoV-2 es mayor en personas mayores y en aquellas con afecciones de salud subyacentes. Conocer la cantidad de individuos con mayor riesgo de padecer la COVID-19 con síntomas graves puede fundamentar el diseño de estrategias de protección, manejo y cuidado de las afecciones crónicas, así como orientar la distribución de vacunas.

Esta herramienta permite a los países estimar el porcentaje de la población con afecciones subyacentes que influyen en el riesgo de desarrollar un cuadro grave. Permite clasificar a la población en personas sin afecciones subyacentes, con una afección o con múltiples afecciones, por grupos etarios en intervalos de 5 años y sexo. La herramienta fue desarrollada sobre la base de las siguientes definiciones:

- 1) **Afecciones de salud subyacentes para enfermarse gravemente por COVID-19^{1,2,3}** son afecciones asociadas con un "mayor riesgo de COVID-19 grave" según los guías publicadas por la OMS, los CDC y Public Health England (PHE):

(a) Enfermedad cardiovascular	(i) VIH/SIDA
(b) Enfermedad renal crónica	(ii) Tuberculosis (activa)
(c) Enfermedad respiratoria crónica	(iii) Trastornos reumatológicos crónicos
(d) Enfermedad hepática crónica	(iv) Trastornos de células sanguíneas
(e) Diabetes	(v) Consumo de tabaco fumado
(f) Cánceres con inmunosupresión directa	(vi) Obesidad severa (índice de masa corporal [IMC] ≥40)
(g) Cánceres sin inmunosupresión directa, pero con posible inmunosupresión causada por el tratamiento	(vii) Alportosis
- 2) **Enfermedad respiratoria aguda grave⁴**: enfermedad respiratoria que presenta fiebre y al menos un síntoma de enfermedad respiratoria (por ejemplo, tos, falta de aliento) que requiere hospitalización.
- 3) **Población con mayor riesgo de enfermarse gravemente por COVID-19⁵**: aquellas personas con al menos una afección de salud subyacente de las 14 afecciones definidas en el punto 1.
- 4) **Población con riesgo alto de enfermarse gravemente por COVID-19⁶**: aquellas personas que, de infectarse, requieren hospitalización.
- 5) **Estrategia de protección⁷**: una medida para proteger a las personas extremadamente vulnerables proporcionando orientación sobre cómo minimizar su nivel de interacción.

PAHO CONÓCELO. PREPÁRATE. ACTÚA.

COVID-19

Estimating the size of high-risk populations for COVID-19 death in the Americas

Partnership between PAHO and Johns Hopkins School of Public Health

1. Introduction

A variety of **preexisting factors** have been associated with illness and death from COVID-19. Estimating the size of **high-risk populations for COVID-19 death** in the Americas allows to understand the distribution of risks associated with these factors providing opportunities for targeting interventions.

In this analysis, the distribution of risk for COVID-19 mortality is calculated by utilizing recently published estimates of risk associated with the following age groups 18-28, 40-49, 50-59, 60-69, 70-79, 80+, sex, ethnicity¹, educational level, and health conditions from a UK based study² (Table A - Annex). These risk estimates are used to calculate the population's size exceeding defined risk-thresholds by combining the information available on the prevalence of the same factors from multiple population-based data sources and individual-level data available on nationally or locally representative surveys.

The results produced by this model might provide guidance to national and local policy makers to plan resources needed for shielding strategies to protect most vulnerable populations, and to better implement interventions such as social distancing, planning on vaccine procurement and allocation, maintaining the services access to medications and treatment of the population with chronic conditions.

Furthermore, this analysis may complement other tools applied by PAHO to support the production of data related with COVID-19, such as the tool to estimate the population living with underlying health conditions that increase their risk of developing severe disease³.

2. Key definitions

Preexisting factors: includes social demographic characteristics such as age, sex, ethnicity, educational level, deprivation, and 11 health conditions⁴, defined as follows:

- (1) Tobacco smoking⁵: ever (current + former), never smoker
- (2) Obesity: non-obese (<30 kg/m²), obese class I (30-34.9 kg/m²), obese class II (35-39.9 kg/m²), obese class III (≥40 kg/m²).
- (3) Raised blood pressure/hypertension: SBP=140 and DBP=90 and not diagnosed, SBP=140 or DBP=90 or diagnosed.
- (4) Raised blood glucose/diabetes: diagnosed (≥6.5 mmol/L), and not on medication, ≥7.0 mmol/L, or on medication, or controlled (controlled HbA1c=58 mmol/mol, uncontrolled HbA1c=68 mmol/mol).

PAHO BE AWARE. PREPARE. ACT.



Laboratorio

[\[volver al índice\]](#)

Guía de bioseguridad en el laboratorio relacionada con la enfermedad por coronavirus (COVID-19): Orientaciones provisionales

28 de enero 2021



- El **objetivo** de este documento es proporcionar orientaciones provisionales sobre la **bioseguridad en el laboratorio en relación con el virus del SRAS-CoV-2**.
- Especifica los requisitos de **embalaje y transporte** para el **envío de muestras** a los laboratorios de referencia de la OMS que realizan pruebas de confirmación y otras pruebas para la COVID-19.
- Esta actualización incluye los siguientes agregados y revisiones:
 - Aspectos de bioseguridad para trabajar con pruebas de diagnóstico rápido de detección de antígenos;
 - Manejo de nuevas variantes de SARS-CoV-2 en el laboratorio;
 - Actualización de la descontaminación del ensayo antes de su eliminación;
 - Equipo de protección personal (EPP) para la recogida de muestras;
 - Tratamiento de los riesgos químicos y su eliminación segura; y
- Para más detalles sobre bioseguridad, consultar: [ENLACE](#).



Comunicación

[\[volver al índice\]](#)

Comunicación

Un componente clave de la preparación y respuesta es garantizar información en tiempo real de fuentes confiables a personas en riesgo ➡ Comunicación de riesgos.



1. Construir o mantener la CONFIANZA

2. ANUNCIO temprano

3. TRANSPARENCIA

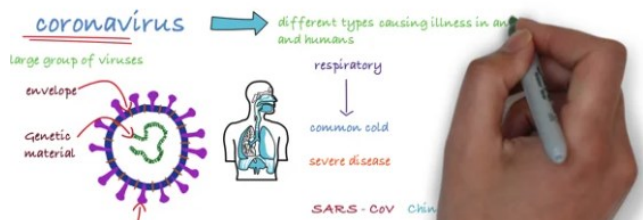
4. ESCUCHA

5. PLANIFICACIÓN

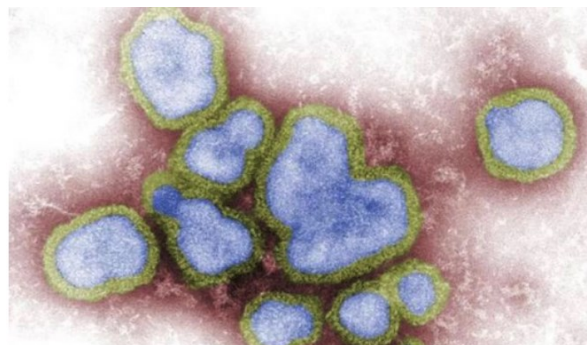
Comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE) Guía del plan de acción COVID-19
[https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-\(rcce\)-action-plan-guidance](https://www.who.int/publications-detail/risk-communication-and-community-engagement-(rcce)-action-plan-guidance)

COVID-19: Cursos en línea disponibles

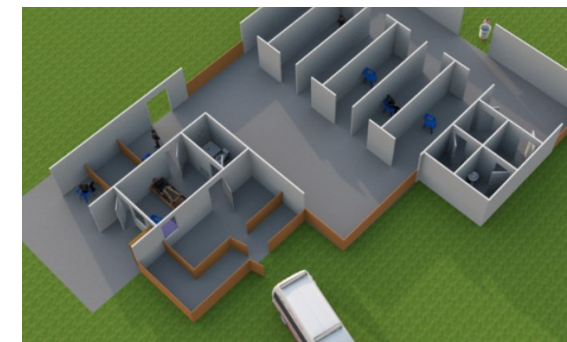
COVID-19



[Introducción a la COVID-19: métodos de detección, prevención, respuesta y control](#)



[Curso corto de capacitación de la OMS para manejo clínico de Infección Respiratoria Aguda Grave](#)



[Diseño de centros para el tratamiento de los síndromes respiratorios agudos graves \(SRAG\)](#)



[Introducción a Go.Data – Recolección de datos de campo, cadenas de transmisión y seguimiento de contactos](#)



[Directrices de planificación operativa para la COVID-19 y plataforma de los asociados para apoyar la preparación y la respuesta de los países ante la COVID-19](#)



A su propio ritmo

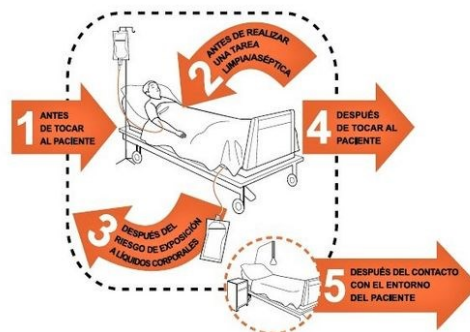


Español

COVID-19: Cursos en línea disponibles



[ePROTECT Infecciones Respiratorias](#)



[Precauciones básicas: Higiene de las manos](#)



[Prevención y control de infecciones \(PCI\) causadas por el virus de la COVID-19](#)



[Salud y seguridad ocupacionales para profesionales de la salud en el contexto de la COVID-19](#)



[COVID-19: Cómo ponerse y quitarse el equipo de protección personal \(EPP\)](#)



26 A su propio ritmo

Español

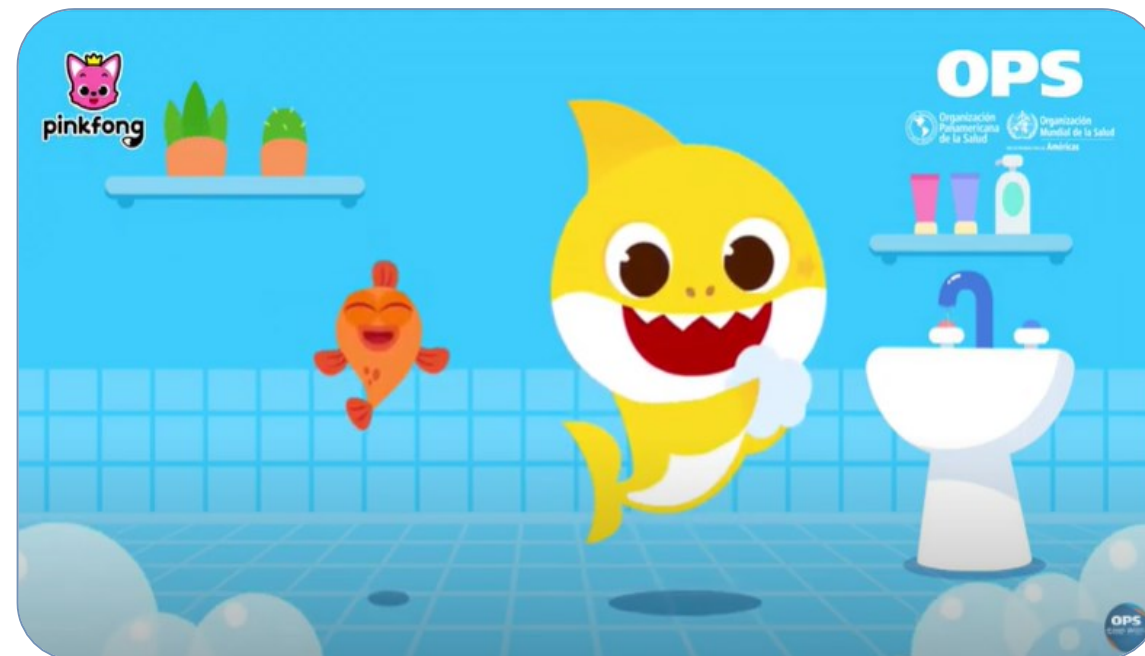


Videos informativos

COVID-19: Colocación correcta de la mascarilla



La OPS se une a Bebé Tiburón para mostrarles a los niños cómo mantenerse a salvo de la COVID-19



Guía para elaborar una estrategia de comunicación de riesgos sobre las vacunas contra la COVID-19

11 de febrero 2021



- ❑ La OPS pone a disposición el presente documento para facilitar la elaboración de la **estrategia de comunicación de riesgos y participación comunitaria** (CRPC) para la vacunación contra el SARS-CoV-2.
- ❑ Este instrumento se suma a las orientaciones técnicas recogidas en el documento Comunicación de crisis relacionada con la seguridad de las vacunas y de la vacunación con el fin de contribuir a fortalecer las capacidades y la planificación de la comunicación de los ministerios o secretarías de salud, así como de otros organismos encargados de comunicar en el área de las nuevas vacunas contra la COVID-19 en las Américas.
- ❑ Hay que recordar que el buen manejo comunicacional es clave para una campaña de vacunación exitosa y para que la población acepte la vacuna, la reciba y la recomiende.
- ❑ Una comunicación manejada con acierto mitiga los efectos o las repercusiones de los posibles eventos adversos y es un ejercicio de responsabilidad y transparencia.



Investigación

[\[volver al índice\]](#)

Agenda de investigación en salud pública de la OMS para la gestión de la infodemia

3 de febrero 2021

- ❑ Esta agenda de investigación en salud pública para la gestión de la infodemia fue desarrollada por la OMS.
- ❑ El **objetivo** es fomentar un enfoque coordinado y basado en la evidencia para garantizar el acceso universal a información sanitaria fiable.
- ❑ La OMS convocó a más de 100 expertos de 20 disciplinas de más de 30 países en línea desde junio hasta octubre de 2020 para identificar las preguntas prioritarias de investigación para esta disciplina.
- ❑ La agenda de investigación comprende cinco áreas de interés o "corrientes" para la acción acelerada:



Medir y controlar el impacto de la infodemia durante las emergencias sanitarias.

Detectar y comprender la difusión y el impacto de la infodemia.

Responder y desplegar intervenciones que protejan contra la infodemia y mitiguen sus efectos nocivos.

Evaluar las intervenciones infodémicas y reforzar la resistencia de las personas y las comunidades a la infodemia.

Promover el desarrollo, la adaptación y la aplicación de herramientas para la gestión de la infodemia.

Desarrollo de vacunas, actualizada al 12 de febrero 2021

Fase de evaluación clínica: 66 candidatas

Plataforma	Candidatas	
	Número	%
Subunidad de proteínas	22	33%
Vacuna de vector viral no replicativa	10	15%
Vacuna DNA	8	12%
Inactivada	10	15%
Vacuna RNA	7	11%
Vacuna de vector viral replicativa	3	5%
Vacuna de partículas Virus-Like -VPL	2	3%
VVr + Célula presentadora de antígeno	2	3%
Virus vivo atenuado	1	2%
VVnr + Célula presentadora de antígeno	1	2%

Dosis	Candidatas	
	Número	%
1 dosis	12	18%
Día 0	12	
2 dosis	40	61%
Día 0 + 14	6	
Día 0 + 21	16	
Día 0 + 28	18	
3 dosis	1	2%
Día 0 + 28 + 56	1	
TBD / No Data (ND)	13	20%

Vía de administración	Candidatas	
	Número	%
Oral	2	3%
Inyectable	55	83%
Subcutánea	2	3%
Intradérmica	3	5%
Intra muscular	50	76%
TBD / Sin dato	9	14%

Fase de investigación preclínica: 176 candidatas

En el siguiente link puede consultar la lista de vacunas candidatas, incluyendo su tipo, el/los desarrolladores y la etapa actual de la evaluación clínica <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>

Mapeo y Revisión sistemática de estudios sobre COVID-19, al 10 de febrero



2.549 estudios sobre tratamientos
1.390 están reclutando pacientes



Repositorios

[\[volver al índice\]](#)

Fácil acceso a todos los documentos técnicos de la OPS - COVID-19

Adultos mayores

Agua y saneamiento

Alistamiento
prehospitalario

Alistamiento en hospitales

Bioseguridad

Certificación y codificación
de muertes por COVID-19

Comunicación de riesgo

COVID-19 y comorbilidades

Desastres naturales

Detección y diagnóstico

Discapacidad

Dispositivos Médicos

Distanciamiento social y
viajes

Equipos Médicos de
Emergencia

Ética

Indígenas y
afrodescendientes

Infodemia y desinformación

Igualdad de género

Manejo clínico

Medicamentos esenciales

Pautas de modelado
COVID-19

Prevención y control de
infecciones

Salud de los trabajadores

Salud Mental

Servicios de salud

Servicios de sangre

Trabajador de la salud

Vigilancia

Vigilancia de exceso de
mortalidad

Documentos técnicos de la OMS - COVID-19

(en inglés)

Prevención y Control de Infecciones



[Transmisión de COVID-19](#)

[Uso de mascarillas](#)

[IPC en cuidado de la salud](#)

[Cuidado domiciliario](#)

[Trabajadores de la salud](#)

[Uso racional de EPP](#)

[WASH e Higiene de manos](#)

[Consideraciones para la cuarentena](#)

[Servicios de cuidados a largo plazo](#)

[Produciendo un Handrub](#)

[Manejo de cuerpos de personas fallecidas](#)

[Desinfección de superficies](#)

Manejo Clínico



[Alta de aislamiento](#)

[Síndrome Inflamatorio Multisistémico en niños/as](#)

[Manejo clínico de casos](#)

[Herramienta: Atención clínica de SARI](#)

[Configuración del centro SARI TTT](#)

[Pre-hospital EMS](#)

[Formularios de reporte de caso](#)

[Mantenimiento del Suministro de Sangre](#)

[Uso de imágenes de tórax](#)

[SHW](#)

Laboratorio



[Estrategia de testeo](#)

[Herramientas de evaluación para laboratorios](#)

[Bioseguridad laboratorial](#)

[Test de Inmunodiagnóstico](#)

[Ensayos moleculares internos](#)

[Laboratorios de referencia](#)

[Envío](#)

Vigilancia



[Mortalidad- Certificación, Codificación y Reporte](#)

[Guía en Vigilancia Global](#)

[Guía en Vigilancia Nacional](#)

[Consideraciones sobre investigación](#)

[Protocolos de investigación](#)

Documentos técnicos de la OMS - COVID-19

(en inglés)



Calculadoras y herramientas

- [COVID-19 Herramienta de previsión de suministros esenciales](#)
 - [FAQ: WHO COVID-19 Herramienta de previsión de suministros esenciales](#)
- [Adapt Surge herramienta de apoyo a la planificación de RRHH](#)
- [Estimador del personal de salud](#)
- [Paquete de productos básicos para enfermedades](#)
- [Fuentes y distribución de oxígeno para centros de tratamiento de COVID-19](#)
- [Evaluaciones armonizadas de la capacidad de los servicios de salud en el contexto de la pandemia COVID-19](#)
 - [Lista de verificación rápida de preparación hospitalaria](#)
 - [Equipo biomédico para la gestión de casos de COVID-19, herramienta de inventario](#)
 - [Diagnóstico, terapéutica, preparación de vacunas y otros productos de salud para COVID-19](#)
 - [Garantizar un entorno seguro para los pacientes y el personal en las instalaciones de atención médica COVID-19](#)
 - [Respuesta de los establecimientos de salud para la prevención y el control de infecciones por COVID-19](#)
 - [Continuidad de los servicios de salud esenciales: herramienta de evaluación de instalaciones](#)



Ampliar la capacidad de atención médica

- Construcción de instalaciones de atención adicionales
- [Centro de tratamiento de infecciones respiratorias agudas graves](#)
- Atención a pacientes leves y asintomáticos sin factores de riesgo para desarrollar enfermedad grave
- [Atención domiciliaria para pacientes con COVID-19 sospechado o confirmado y manejo de sus contactos](#)
 - [Consideraciones operativas para el manejo de casos de COVID-19 en establecimientos de salud y comunidades](#)



Proteger al personal sanitario

- [Prevención y control de infecciones durante la atención médica cuando se sospecha o se confirma COVID-19](#)
- [Uso racional de equipo de protección personal para la enfermedad por coronavirus \(COVID-19\) y consideraciones durante escasez severa](#)
- [Prevención y control de infecciones para centros de atención a largo plazo en el contexto de COVID-19](#)
- [Prevención, identificación y manejo de la infección del personal de salud en el contexto del COVID-19](#)



Aumentar la capacidad para realizar tests y rastrear contactos

- [Estrategias de vigilancia de la infección humana por COVID-19](#)
- [Recomendaciones de estrategias de análisis de laboratorio para COVID-19](#)
- [Detección de antígenos en el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 mediante inmunoensayos rápidos](#)
- [Consideraciones en la investigación de casos y clústeres de COVID-19](#)
- [Rastreo de contactos en el contexto de COVID-19](#)
 - [Herramientas digitales para el rastreo de contactos COVID-19](#)
- [Consideraciones para la cuarentena de contactos de casos de COVID-19](#)

Recursos

El Observatorio COVID-2019 sobre las acciones en curso a nivel nacional para enfrentar la pandemia

Base de datos de evidencias OPS/OMS

Plataforma Regional sobre Acceso e Innovación para Tecnologías Sanitarias

HUB de conocimientos sobre COVID-19 GOARN/OMS

Laboratorio jurídico sobre la COVID-19

Vitrinas del conocimiento BIREME/OPS/OMS